UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951-1952

N° 145

Traitements Biologiques et psychothérapie dans l'alcoolisme chronique

Travail du Service de neuro-psychiâtrie de l'Hôpital Maritime Sainte-Anne

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1952

PAR

Robert-Paul-André VIGNON

Diplômé de Médecine Tropicale, Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Médecine et de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports
Breveté de la Marine Marchande.

Né le 1er Mai 1926 à CANNES (Alpes-Maritimes)

Jury { MM. DELMAS-MARSALET, Professeur. Président
PERRENS, Professeur. ..... } Juges
POUYANNE, Agrégé..... } Juges
LENG-LÉVY, Agrégé..... } Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS
J. BARBEZIEUX, Sr
6, rue Sainte-Eugénie, 6

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951-1952

N° 145

Traitements Biologiques et psychothérapie dans l'alcoolisme chronique

Travail du Service de neuro-psychiâtrie de l'Hôpital Maritime Sainte-Anne

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 28 Juillet 1952

PAR

Robert-Paul-André VIGNON

Diplômé de Médecine Tropicale, Diplômé de Médecine Aéronautique
Diplômé de Médecine et de Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports
Breveté de la Marine Marchande.

Né le 1er Mai 1926 à CANNES (Alpes-Maritimes)

Jury { MM. DELMAS-MARSALET, Professeur.. Président
PERRENS, Professeur. ..... } Juges
POUYANNE, Agrégé..... } Juges
LENG-LÉVY, Agrégé..... } Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU NONTRONNAIS
J. BARBEZIEUX, Sr
6, rue Sainte-Eugénie, 6

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR :** M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPERIE, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N...
	CREYX
Clinique chirurgicale	PAPIN
	MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	N...
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	N...
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N..
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC
	DUBARRY
	F.-J. TRAISSAC
	BERGOUIGNAN
	LENG-LEVY
Chirurgie générale	POUYANNE
	LAUMONIER
	CHAVANNAZ
Chimie biologique	N...
Obstétrique	MAHON
	CHASTRUSSE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
	COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER
	VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Médecin en Chef de 2e Classe PICARD

Médecin neuropsychiatre des Hôpitaux de la Marine

Médecin chef du service de neuropsychiatrie

de l'Hôpital Sainte-Anne

Membre correspondant de la Société médico-psychologique

Chevalier de la Légion d'honneur

qui nous a toujours réservé l'accueil le plus encourageant. Nous voudrions pouvoir lui exprimer toute la reconnaissance suscitée par tant d'indulgente bonté et lui dire qu'il restera pour nous un exemple à suivre.

A Monsieur le Médecin Principal LIABOT

Médecin neuropsychiatre des Hôpitaux de la Marine

Médecin chef du Service de neuropsychiatrie

de l'Hôpital de Sidi Abdallah

qui nous a donné l'idée de reprendre ce sujet de thèse, mettant à nous aider l'amicale sollicitude d'un grand ancien.

A Monsieur Jean CHARETON

Pharmacien, Licencié ès Sciences

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

qui nous a si aimablement prêté un très précieux concours.

A Monsieur le Médecin Général de 2e Classe GALIACY

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé

de la Marine et des Troupes coloniales

Commandeur de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Médaille de la Résistance

A Monsieur le Médecin en Chef de 1re Classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé

de la Marine et des Troupes coloniales

Médecin des Hôpitaux maritimes

Officier de la Légion d'honneur

Officier d'Académie

.... *Médaille d'Argent de l'Education physique*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LENG-LÉVY

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Officier de l'Ordre de la Libération

King's medal for courage in the cause of freedom

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POUYANNE

Chirurgien des Hôpitaux

Officier d'Académie

MONSIEUR LE PROFESSEUR PERRENS

Médecin Chef de l'Hôpital psychiatrique de Château-Picon

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Officier de l'Instruction Publique

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses et mentales

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de Guerre

Officier de l'Instruction publique

En le remerciant d'avoir bien voulu accepter notre projet, nous trouvons l'occasion de lui témoigner une gratitude profonde pour l'enseignement dont il nous a fait bénéficier tout au long de nos études.

Traitements
Biologiques et psychothérapie
dans
l'alcoolisme chronique

INTRODUCTION

A. — Généralités

Aspect actuel de l'alcoolisme en France et dans le monde

Au cours de sa séance du 12 juin 1951, l'Académie nationale de médecine a adopté à l'unanimité le texte de vœu suivant proposé par MM. Rouvillois et Derobert : « L'Académie nationale de médecine, qui, à différentes reprises a dénoncé le danger croissant de l'alcoolisme en France, considère comme un devoir de s'élever de toutes ses forces contre le vote récent du Parlement qui a autorisé le rétablissement des apéritifs à base d'alcool et, notamment des spiritueux anisés et de tous produits similaires dont la consommation est préjudiciable à la santé publique, aux finances du pays et au prestige de la France et de l'Union Française ».

Depuis, bien des communications ont été portées à cette même Académie, entre autre sur la fréquence des accidents de la circulation dus à l'alcool; le Ministère de la Santé publique s'est ému et a proposé une vaste enquête destinée à mettre en lumière l'incidence de l'éthylisme sur la morbidité et la mortalité des Français; à l'Assemblée Nationale même un projet de loi est en cours de gestation, qui doit organiser la lutte contre l'alcoolisme; enfin, à l'échelon international, on ne compte plus les congrès, les « journées » organisées par divers groupements pour l'étude des problèmes humains liés à la consommation de l'alcool, et il existe désormais au sein de l'O.M.S. un comité de l'alcoolisme, dont les experts sont chargés d'enquêter dans différents pays.

Mais, si de nos jours, l'alcool étend ses ravages sous toutes les latitudes et si des peuples jeunes mettent à s'intoxiquer une ardeur surprenante, c'est encore notre pays, qui, de par la richesse de ses productions et la ténacité de quelques préjugés savamment entretenus au service d'intérêts puissants, possède une série de records dont nous ne sommes malheureusement pas près de nous voir déposséder. Citons les quatre principaux : nombre de débits de boissons, consommation d'alcool par habitant, pourcentage d'alcooliques, étendue globale des dommages, et un cinquième, négatif celui-là, absence ou inefficacité à peu près complète des moyens mis en œuvre pour combattre le fléau. Il est, en effet, pour le moins regrettable que l'expérience unique des dernières années de guerre, que l'on aurait pu espérer définitive, et sur laquelle nous ne reviendrons point car elle fut maintes fois analysée avec la plus grande minutie, n'ait servi à rien d'autre qu'à nous ôter nos dernières illusions sur la prétendue inocuité d'un poison qu'on voudrait tant pouvoir consommer impunément.

Actuellement les chiffres sont accablants. C'est qu'il n'est plus question pour évaluer les méfaits de l'alcool, de s'en tenir aux statistiques concernant cirrhose du foie et crises de delirium tremens. L'origine toxique directe ou indirecte d'un nombre toujours plus grand de tares mentales ne fait plus de doute, et il n'est pas de médecin qui ne soit amené à reconnaître l'alcool comme facteur déclenchant ou simplement aggravant de la plupart des maladies rencontrées en pratique courante. Au point de vue morbidité par exemple, on savait que la moitié environ des malades d'hôpitaux y étaient entrés du fait de leur alcoolisme et que les trois quarts des contaminations vénériennes se font sous l'influence de la boisson ; quant à la mortalité, les statistiques anglaises d'assurance, par exemple, ont établi qu'elle était deux fois plus forte entre 30 et 50 ans chez les non abstinents que chez les abstinents. Mais voici qu'apparaît un élément nouveau qu'il nous faudra désormais considérer, à savoir cette notion d'alcoolisation modérée dissimu-

lée, et pourtant sans nul doute responsable de la sur-mortalité masculine. Aujourd'hui des auteurs comme Jellinek aux Etats-Unis et Ledermann en France vont beaucoup plus loin dans l'étude des conséquences démographiques del'éthylisme; ils ont mis au point des méthodes d'investigation qui seraient susceptibles d'être adoptées comme formules d'évaluation pour toutes les enquêtes menées dans ce domaine, afin que les résultats, nécessairement inexacts, puissent au moins être comparables d'un pays à l'autre.

Ce que les constatations immédiates faites à l'hôpital ou en clientèle ne permettaient pas d'affirmer, ce qui risquait même d'échapper à une expérimentation scientifique aussi rigoureuse que possible, ce procédé purement mathématique, basé sur des recoupements et des corrélations assez complexes, l'établit peut-être de façon péremptoire, mais qui ne manque tout de même pas de nous laisser quelque peu sceptique, tant il est vrai que nous ne sommes naturellement pas disposés à envisager le pire. Qu'on en juge plutôt : les 3/4 des décès par cancer, les 3/4 des décès par hémorragie cérébrale, le 1/4 des décès par maladie de cœur, les 9/10 des décès par maladie du foie et des voies biliaires, la moitié des décès par néphrite, les 2/3 des morts violentes ou accidentelles, les 2/3 des suicides, la moitié des décès par tuberculose pulmonaire et la moitié des décès par pneumonie enregistrés pendant la période 1935-1936 en France chez les hommes de 35 à 50 ans seraient en liaison la plus étroite avec leur alcoolisation moyenne excessive, pour 70 % d'origine vinique. L'ensemble de ces proportions constitue une part de 60 % imputable à l'alcoolisation excessive des hommes de cet âge sur les 76 % de la mortalité représentée par les 10 causes de décès soumises à l'analyse.

En définitive, lorsqu'on veut évaluer le coût global de l'éthylisme pour l'ensemble du pays, les chiffres obtenus, si éloquents soient-ils, restent nécessairement très au-dessous de la réalité. Car, outre les frais de traitement ou d'hospitalisation annuels des malades dont les affections sont directement

reliées à l'alcoolisme, il faudrait tenir compte d'un pourcentage important des sommes engagées pour d'autres affections, du nombre de journées de travail perdues et le déficit de la Sécurité Sociale se trouverait déjà expliqué en grande partie. On estimerait ensuite le nombre de buveurs dont l'état ne nécessite pas encore de soins, mais dont le rendement professionnel se trouve très diminué. Il resterait encore à dénombrer les accidents de toute nature provoqués d'une façon ou d'une autre par l'alcool, à faire la part de l'éthylisme dans la criminalité, la délinquance juvénile et chiffrer les dépenses correspondantes, quand il ne s'agirait que des frais de police, de justice et d'internement.

En résumé, on assiste à une lente dégradation du potentiel humain d'un pays, malgré quoi, il semble que la production d'alcool soit quand même encouragée puisque l'Etat accepte de perdre des sommes importantes du fait des privilèges des bouilleurs de cru, mieux encore, subventionne l'industrie betteravière déficitaire, ne serait-ce qu'en créant une régie des alcools dont les dépenses sont couvertes par des impôts déguisés.

On peut toutefois espérer qu'un revirement se produira lorsque le réseau de présomption qui se resserre autour des ravages de l'alcoolisme ne permettra plus à quiconque de douter de ces faits; car l'ignorance et le manque d'imagination se rencontrent beaucoup plus souvent que la volonté froidement arrêtée de tout sacrifier à des intérêts particuliers, le cynisme d'une opinion effleurée par certains et selon laquelle l'alcool se révèlerait être un facteur de sélection sociale, tous ceux qui y succombent n'étant pas dignes de poursuivre la lutte pour la vie.

Il semble déjà que l'éthylisme est moins fréquent chez les jeunes qui, de plus en plus, se livrent aux sports de plein air.

B. — Rôle du médecin.

Face à ce problème, quelle est l'attitude du corps médical ? Le praticien n'est plus le seul, fort heureusement, à donner

l'alarme. Alors, expert, conseiller technique dans la lutte entreprise sur le plan collectif ? Sans doute, mais telle n'est pas sa vraie place et généralement il évite de se muer en statisticien doublé d'un polémiste. Son but est différent : pour lui, chaque buveur représente un cas spécial, un problème particulier à résoudre, non de l'extérieur, mais en tenant compte de facteurs individuels. L'alcoolique cesse alors d'être un anonyme déterminé par le milieu dans lequel il vit pour redevenir un homme que l'on peut comprendre et parfois aider; tant il est vrai que nous ne sommes plus tellement désarmés dans ce domaine particulier de la thérapeutique.

C. — **Le sujet**

Quant aux résultats qu'il est légitimement permis d'escompter en la matière, ce sont eux que nous voudrions parvenir à mettre en évidence au terme de ce modeste travail dont l'objet n'est autre que d'analyser les divers traitements ayant jusqu'ici fait leurs preuves.

Dans le cadre général de l'alcoolisme chronique nous étudierons donc d'abord les facteurs psychologiques d'une part, biologiques d'autre part, susceptibles de conditionner les cures à entreprendre, puis une revue d'ensemble des thérapeutiques successivement proposées nous permettra de situer l'action du tétraéthyl thiurame disulfure (ou T.E.T.D.).

Laissant délibérément de côté la clinique pourtant si riche de cette intoxication, ainsi que la conduite à tenir en présence de chacune de ses différentes manifestations, nous n'envisageons ainsi que le traitement de fond, c'est-à-dire la cure radicale qui vise à obtenir l'abstinence complète, ou mieux encore, le retour du buveur à un comportement normal. Parmi les méthodes fondées sur l'acquisition de réflexes conditionnés nous insistons tout particulièrement sur celle qui consiste à utiliser un produit à base de T.E.T.D. « tamponné » par un complexe vitaminé hépatisé.

Une première partie sera réservée à cette récapitulation générale des thérapeutiques retenues jusqu'à présent, avec étude plus détaillée des modalités d'utilisation du T.E.T.D.

Dans une seconde partie on se consacrera plus particulièrement aux procédés actuellement en usage ainsi qu'aux résultats obtenus à l'hôpital Sainte-Anne de Toulon d'abord, dans les autres hôpitaux de la Marine ensuite.

PRELIMINAIRES

« L'HOMME DEVANT LE VERRE A BOIRE »

A. — Intoxication ou toxicomanie ?

La notion pourtant si facile à concevoir d'alcoolisme chronique ne se laisse pas aisément définir. Nous n'en voulons pour preuve que les multiples formules tour à tour proposées; sans les pouvoir systématiquement passer en revue, il est cependant intéressant de noter grâce à elles l'évolution des idées dans ce domaine.

D'un point de vue strictement médical, le vocable d'éthylisme ne recouvrait tout d'abord que l'ensemble des affections somatiques et des troubles mentaux qui résultent de l'intoxication. Puis il fallut bien se rendre compte que le fait même d'ingérer volontiers une substance nullement indispensable à la conservation de la vie était déjà une manifestation morbide, en dehors de toute répercussion immédiate sur la santé.

Nous trouvons encore dans le rapport sur la première session du sous-comité de l'alcoolisme à l'O.M.S. la définition suivantes : « On entend par le terme général d'alcoolisme toute forme d'absorption d'alcool qui excède la consommation alimentaire traditionnelle et courante, ou qui dépasse le cadre des habitudes sociales propres à l'ensemble de la collectivité considérée, quels que soient les facteurs étiologiques responsables et quelle que soit l'origine de ces facteurs, héridité, constitution physique ou influence physiopathologiques et métaboliques acquises. »

En dernier lieu il sera tout de même possible de cerner les faits de plus près grâce à Fouquet qui note qu'être « alcoolique, sur le plan clinique et descriptif des faits, c'est n'avoir pas la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées ».

Est-ce à dire que nous devrons désormais envisager, avec Lecoq, l'alcoolisme chronique comme une toxicomanie ? Tout semble nous y disposer, depuis l'apparition d'un état de besoin jusqu'aux accidents du sevrage brutal, et pourtant, tenant compte du fait que l'accoutumance ne se réalise guère et que, sans éducation préalable nécessaire, l'alcool offre d'emblée ses bienfaits trompeurs à tout néophyte, nous préférerons parler, comme Deshaies, d'une sorte de « toxicophilie naturelle »

En résumé, il n'existe guère que deux critères sur lesquels se fonder pour affirmer l'éthylisme chronique, et tels que, bien qu'ils se trouvent habituellement réunis, un seul peut parfois suffire : existence de perturbations organiques ou psychiques provoquées par l'abus d'alcool d'une part, nécessité biologique ou psychologique de recourir à la boisson d'autre part.

Que la diversité de ces interprétations ne nous fasse pas illusion : l'alcoolisme n'est point une de ces entités cliniques mal définies, mais simplement un syndrôme dont il nous appartiendra dans chaque cas particulier de rechercher la cause.

B. — **Pourquoi boit-on ?**

Si l'alcool est omniprésent dans la vie moderne, il ne faut pas voir là une conséquence exclusive de notre civilisation; le progrès matériel a eu surtout pour conséquence de mettre à la disposition d'une clientèle toujours plus étendue des quantités sans cesse croissantes de vins et spiritueux divers de meilleure qualité et à des prix plus abordables, mais bien que la misère du prolétariat et l'oisiveté de ceux que la machine devait libérer puissent être incriminés à l'origine

d'une quête forcenée et sans issue des paradis artificiels, on ne doit pas oublier que l'homme recours à l'alcool depuis des temps immémoriaux et qu'il n'existe de peuplade, si arriérée soit-elle, qui n'ait fortuitement découvert le moyen d'obtenir un breuvage énivrant en laissant fermenter tout liquide quelque peu sucré. Que l'on fasse remonter l'usage de la bière à Osiris, celui du vin à Noë, l'ancienneté demeure bien établie de l'emploi des boissons de ce genre qui reste indissolublement lié à la mythologie et jalonne l'histoire tout entière de l'humanité.

On interprète cette remarquable permanence de l'alcool par le double rôle que l'ivresse est susceptible de jouer et qui peut-être correspond à un besoin profond de la nature humaine : action cathartique chez l'individu, puissant facteur d'exaltation pour toutes les solennités marquant la vie de la tribu.

Aujourd'hui, la signification païenne ou simplement poétique des rites d'intoxication en commun tend sans doute à disparaître, bien qu'il ne soit pas question de nier la valeur symbolique d'un vin d'honneur, des libations qui accompagnent tout événement important; au terme d'une longue tradition rabelaisienne, il ne nous reste plus guère que les mascarades des groupements archaïsants du Tastevin ou des Sacavins et nous entrons dans une ère de préjugés simples : celui de l'alcool, breuvage viril et réconfortant par excellence, ainsi que de publicité triomphante : celle particulièrement tapageuse des différentes marques d'apéritifs, celle aussi plus insidieuse qui tend à démontrer à un public déjà convaincu que le vin est un aliment; slogans combien persuasifs que l'on voit s'étaler sur nos murs, sur les buvards des écoliers, et il n'est pas jusqu'à la plus anodine boîte d'allumettes qui ne se trouve maquillée par les soins diligents d'un comité de défense des vins de France.

Certes, qui ne songerait à se proclamer « ami du vin » ayant connu ce plaisir hautement raffiné de dégustations si subtiles qu'elles finissent par relever d'un art véritable du

goût ? L'alcool nous a dispensé tant d'agréables évasions que l'on se doit d'inscrire à son actif la facilité avec laquelle il délie les esprits et répand la joie ; l'humeur d'un peuple entier peut en être transformée, quand bien même il ne s'agirait que de cette jovialité bien française qui pourtant améliore les rapports sociaux et qu'à l'étranger on se prend à regretter.

Que dire au surplus de ces libérations affectives périodiques si nécessaires à l'infortuné civilisé qu'une existence de refoulements continuels met à la merci de tant de complexes ; c'est alors que le fameux précepte : « se enivrare semel in mense » prend une valeur indubitablement hygiénique.

Enfin peut-être conviendrait-il de ne se point trop montrer sévère pour tant de surmenés, petits déprimés inquiets qui, se dopant raisonnablement à l'alcool, parviennent à mener une vie à peu près normale grâce à ce liquide magique, souverain pour lever les inhibitions de toutes natures. Ferret, Barbut et Ducros ont même établi que les test psychomoteurs étaient ainsi améliorés chez des sujets apathiques ou exagérément émotifs.

En un mot, jamais conditions plus favorables à la propagation de l'alcoolisme ne se trouvèrent réalisées ; jamais en effet les occasions de boire ne furent plus fréquentes, la suggestion plus impérative, et les raisons de céder plus variées.

Pourtant, c'est un fait, tout le monde ne sombre pas dans un éthylisme inéluctable et cela se ramènerait à faire preuve d'un pessimisme par trop outrancier que d'affirmer qu'il n'y a là qu'une question de délais.

Il faut donc admettre que l'alcool est susceptible d'éveiller chez certains de profondes résonnances, ce que nous allons maintenant essayer de préciser.

Eliminons tout d'abord ceux qui boivent parce qu'ils aiment boire et que, pour un palais éduqué les spiritueux paraissent généralement meilleurs que les sirops ; la recherche

délibérée du plaisir constitue un motif amplement suffisant, mais par trop évident et qu'en tant que tel on néglige souvent de citer. Sans doute faut-il pour risquer sa santé à ce jeu ne faire preuve que d'une médiocre intelligence; l'absence d'imagination et le manque de volonté suffisent parfois. Mais face à celui qui en pleine conscience accepte les conséquences de son attitude, le moraliste reste désarmé. Bons vivants, la préférant « courte mais bonne », passionnés à la recherche d'impressions rares ou curieux d'explorer les régions les plus troubles de leur personnalité, rebutés cherchant l'oubli, désabusés souriants ou amers, exprimant ainsi leur dérision ou leur mépris, désespérés ayant choisi cette forme de suicide, tous peuvent rester lucides et on ne saurait leur reprocher ce qu'ils font qu'en leur déniant le droit d'être ce qu'ils sont. Les maladies au long cours apportent l'excuse de l'ennui ou de la peur, du désespoir parfois, à un éthylisme surajouté; la fréquence de l'alcoolisme chez les tuberculeux a pu contribuer à faire croire à celle de la tuberculose chez les alcooliques.

Ne tenons aucun compte non plus des buveurs d'habitude, dont l'intoxication progressive est si insidieuse qu'ils ne s'aperçoivent pas de leur esclavage, ni de ceux trop suggestibles qui cèdent à l'entraînement et, victimes de leur snobisme, des coutumes ou de leur métier, font qu'il existe un éthylisme soit mondain, soit professionnel, pour ne citer que ces deux formes. En tout autre circonstance, ces derniers ne boiraient pas, qui sans doute représentent cette masse mouvante dont les statistiques traduisent les fluctuations; ils permettent d'espérer que regresse l'alcoolisme lorsqu'on agit sur les facteurs sociaux et les conditions économiques. A supposer que pour faire un buveur il faille un milieu favorable et une prédisposition individuelle, ceux-ci sont presque uniquement tributaires de leur entourage à la différence d'autres, peut-être moins nombreux, chez lesquels le recours à l'alcool relève avant tout d'une exigence interne.

On est autorisé à affirmer d'emblée qu'un sentiment

plus ou moins conscient d'angoisse existe presque toujours à l'origine du comportement alcoolique. Angoisse collective qui selon la théorie existentialiste naît de trop de liberté et de cette notion évidente jusqu'à l'écœurement qu'il n'est rien en définitive que d'absurde. L'homme qui au plus profond de lui-même aspire à se sentir dominé et veut donner à sa vie une signification, feint alors de croire à une forme d'activité plutôt qu'à une autre; membre de tel ou tel club, adhérent à une société ou amicale quelconque, militant peu convaincu, il trouve cependant dans une certaine communion intellectuelle, à moins que ce ne soit au simple coude à coude, une justification suffisante qui se réduit souvent à l'euphorie de boissons sophistiquées ou de tournées successives. Angoisse individuelle de tous ceux qui pour une raison ou une autre ne se sentent pas capables dans leur existence d'accepter la lutte et ne savent jamais se montrer à la hauteur des circonstances. Nous n'en voudrions pour preuve que l'apparition d'un alcoolisme féminin à une époque précisément où des femmes appelées à jouer un rôle de plus en plus actif du fait de leur indépendance se trouvent par là même avoir davantage de problèmes à résoudre. A ce moment l'alcool intervient comme facteur de résolution, mais aussi comme toxique recherché par suite d'un réel désir d'autodépréciation : on peut en effet, lorsqu'on craint qu'un échec ne nous amène à douter de nos propres moyens, trouver une excuse préventive dans le fait qu'en subissant la fatalité de boire il ne restait plus qu'à se retirer de la compétition; ne se reconnaître amoindri que parce qu'au nom de la liberté individuelle on a choisi la boisson constitue également une issue qui paraît préserver l'individu, en sauvant dans une cetaine mesure les apparences. L'homme prisonnier de son propre système s'enferme de plus en plus dans la solitude jusqu'au moment où l'angoisse naît à nouveau du doute; mais il est trop tard et le dilemme entre ces deux attitudes, qui consistent à persévérer ou reconnaître son erreur, doit être encore résolu par l'alcool.

Veut-on une interprétation plus psychanalytique ? Par ignorance en la matière aussi bien que par crainte d'user d'un vocabulaire inexact nous nous limiterons à l'exposé de quelques notions très sommaires.

Psychonévrose selon Freud, l'alcoolisme peut aussi relever du complexe d'infériorité tel que l'a décrit Adler et cela toujours suivant deux processus différents : d'abord grâce à l'ivresse qui verse l'oubli et permet une surcompensation en exaltent le moi, ensuite parce qu'un sentiment d'indignité trop facilement accepté aussi bien qu'une culpabilité diffuse complaisamment entretenue traduisent chez l'individu une attitude de fuite devant les réalités; le refuge dans l'inaction, profondément désirée, paraît alors résulter de la croyance en l'inutilité de tout effort. Il y a une forme d'attendrissement sur soi-même qui conduit à l'abus d'alcool.

Très fréquemment l'adolescent victime d'une propension excessive vis-à-vis de la boisson a vécu dans une ambiance familiale défavorable caractérisée par le manque d'autorité ou l'absence complète du père. Situation œdipienne non liquidée, impression trop précoce d'insécurité, toujours est-il que le sujet mal préparé à affronter les difficultés de la vie se trouvera naturellement porté à s'évader, dans l'illusion, d'un monde hostile.

Quelques tentatives de libération d'une aggressivité latente, vouées à l'échec, aboutissent à créer un complexe de culpabilité et l'usage de l'alcool peut dès cet instant revêtir une signification auto punitive, celle d'une sorte de suicide différé.

En poursuivant nos investigations vers des structures « toujours plus abyssales » de la personnalité, au risque « de simplifier à l'extrême la clinique » par la découverte d'un conflit identique à la base de tout comportement alcoolique, et d'oublier ainsi que la thérapeutique n'est conditionnée que par notre action sur des couches plus superficielles, on aboutit à

une interprétation, non plus de l'appétence exclusive pour l'alcool, mais de la soif elle-même, symbole de nos besoins les plus élémentaires aussi bien que de nos désirs les plus ardents.

De fait, il est curieux de noter que beaucoup d'éthyliques anciens se prétendant désintoxiqués trahissent combien suspecte leur paraît toute absorption liquide en affirmant à qui veut les entendre qu'ils ne boivent plus rien, « même pas de l'eau ».

Le névrosé dont une frustation très archaïque explique l'incapacité de s'affirmer dans l'indépendance, trouve un refuge inconscient dans la régression de sa libido au stade oral tandis que l'ivresse lui permet d'abord de revivre le drame de son enfance, de réaliser ensuite une forme de l'anéantissement primitif. Bien des expressions telles que « biberonner », « téter la bouteille », qui existent dans toutes les langues, illustrent d'ailleurs la réalité de ces complexes de sevrage.

Une telle conception dynamique de la psychiatrie rend compte d'une contradiction fondamentale entre le besoin désespéré de dépendance dont font preuve les alcooliques et leurs incessantes proclamations d'une liberté conquise dans l'idéalisation de soi. Elle explique également la jalousie des buveurs, qui ne serait pas la conséquence délirante de leur intoxication mais le résultat d'une simple coïncidence, puisque Hesnard, dans son « Univers morbide de la faute », trouve obscur d'invoquer une homosexualité inconsciente et que Lagache, dans son ouvrage « La Jalousie amoureuse » parle d'une impossibilité de réaliser son autonomie, d'une « fixation à des stades archaïques », avec libération des pulsions orales.

Il est intéressant par ailleurs de remarquer que nous aboutissons ainsi au renversement des conceptions habituelles; on rattache en effet le besoin de compensation du buveur par

exemple au fait qu'il vit dans un taudis et possède une épouse plus âgée que lui, sous entendu acariâtre; chacun sait, n'est-ce pas que « le bistrot est le salon du pauvre », le théâtre où il peut enfin avoir le beau rôle, ce poivrot sympathique qui tout à l'heure rentrera sur la pointe des pieds de peur de réveiller la mégère ayant depuis longtemps rebuté ses timides tentatives d'apprivoisement.

Mais on parviendrait aussi bien à affirmer que c'est l'alcoolique lui-même qui en se réduisant à la misère, par prodigalité et négligence professionnelle, compromet son avenir de façon à fuir des responsabilités qu'il redoute, de même que pour avoir désiré être guidé dans l'existence il a choisi une femme qu'il aurait voulu protectrice et maternelle.

En réalité les deux interprétations sont également valables : tous ces éléments s'intriquent dans la mesure où ils ne font que refléter un conflit intérieur.

Il est donc légitime d'admettre notamment que certains buveurs se montrent détestables en société, odieux en famille, par simple démission, ayant primitivement craint de ne point parvenir à se réaliser en tant que travailleur apprécié et bon camarade, mari aimé et père respecté.

C'est en somme tout le problème des névroses réactionnelles que se pose; le malade est-il devenu névrosé pour avoir vécu dans une ambiance défavorable, ou bien est-il d'abord un névrosé qui se crée un cadre à sa mesure ? Il semble qu'une synthèse soit possible lorsque H. Ey précise que pour lui la névrose « n'est ni réductible au jeu de pulsions et de frustations, ni aux difficultés de milieu », mais qu'il faut faire intervenir une sorte de prédisposition individuelle sous forme des notions peut-être trop décriées de dégénérescence, immaturité ou arriération affective, constitution névropathique.

Veut-on étayer ces conceptions sur des travaux d'apparence plus scientifique ? Il faudrait citer les expériences de

Massermann qui réussit à rendre des chats alcooliques en les « névrosant ».

Manson, lui, s'est livré à une analyse psychométrique des caractères névrotiques et psychosomatiques des éthyliques en appliquant le Cornell selectee index (C.S.I.). Il aboutit ainsi à une sélection des non adaptés, alcooliques, et des bien adaptés, non alcooliques. Parmi les buveurs, environ 63 % des hommes et 71 % des femmes présentaient de nombreux symptômes névrotiques, alors que chez les abstinents la proportion n'était que de 18 % en moyenne.

Combinant sa méthode propre (Manson évaluation) au C.S.I., l'auteur a obtenu des diagnostics exacts dans 80 % des cas environ, le coefficient d'erreur n'étant que de 0,17 % chez les hommes et 0,23% chez les femmes.

En dehors des quelques types d'éthyliques que nous venons de passer en revue et que nous pourrions presque qualifier de « normaux », plus exactement de « paranormaux » puisqu'il faut accepter le postulat selon lequel « l'appétence toxicophilique » constitue déjà une anomalie de la personnalité, nous avons maintenant à envisager le cas de tous ceux qui boivent parce qu'ils sont d'abord des malades mentaux.

Leur nombre n'est peut-être pas tellement grand, mais leur variété considérable, et vouloir les classer équivaudrait à relever le sommaire d'un précis de psychiatrie. Ce n'est au surplus que par une série de termes de passage que la transition parfois insensible se fait depuis le buveur ordinaire jusqu'à celui qui relève franchement de la pathologie.

Nous avions vu qu'une certaine débilité légère de l'esprit, favorisait l'éclosion d'une forme d'alcoolisme; à quelques degrés de plus ce seront les ivresses brutales de l'idiot ou du dément.

Il convient de noter à ce sujet que « le tassement intellectuel » secondaire de l'intoxication éthylique peut aussi intervenir pour précipiter plus avant dans l'usage de la boisson

celui qu'elle aura d'abord privé de tout sens critique mais dont elle finira aussi par émousser le sens moral, ce qui constitue un véritable cercle vicieux. Très proche également du sujet normal qui si souvent présente des petits signes de psychasthénie, les obsédés, les phobiques peuvent être en même temps des buveurs épisodiques, tandis que l'anxieux qui noie ses irrésolutions dans l'alcool est le type même du doux ivrogne ravagé de scrupules, car après avoir bu pour s'affermir il a le sentiment de sa propre déchéance et doit continuer à s'alcooliser pour pouvoir supporter une telle situation, oublier ses remords. A la différence de tout homme normalement constitué qui une fois au moins dans sa vie a vidé un verre pour essayer de se donner un peu plus de courage, il ne parvient pas à se passer du toxique qui lui est devenu nécessaire. Car selon l'expression du Pr. Bergouignan l'alcool « détend incontestablement l'anxiété humaine ».

Il y a aussi ceux qui, de par leur nature même cultivent une attirance morbide pour le malheur : masochisme plus ou moins latent de qui possède le goût de la souffrance, volonté d'autodestruction de certains pervers constitutionnels.

Les malades dont la névrose est caractérisée, sous une forme ou sous une autre, fournissent un petit contingent d'alcooliques; quelques-uns ne boivent que pour alimenter leurs phantasmes.

Nous arrivons alors aux grands syndrômes psychiatriques, avec les délires, les psychoses périodiques auxquelles on rattache parfois la dipsomanie. On s'achemine ainsi vers les formes dont le substratum organique ne fait guère de doutes : impulsivité des comitiaux, mais aussi polydipsie du diabète insipide; certains dysfonctionnements endocriniens complexes peuvent être également la cause d'une soif pathologique. Pour Smith, par exemple, il y aurait toujours une hypoadrénalino sécrétion des surrénales, et les excès des femmes sont souvent rythmés par leur cycle menstruel ou les étapes de leur vie génitale.

Les facteurs liés à l'hérédité alcoolique elle-même semblent peu importants : la propension à l'alcool ne se transmet pas, dans la mesure où elle ne présente pas un trait dominant de la personnalité mais la simple conséquence de tares mentales qui, elles, peuvent être congénitales.

Enfin mentionnons un cercle vicieux de plus, à savoir celui qui correspond à l'apparition d'un état de besoin du fait des perturbations humorales provoquées par l'alcool lui-même.

Et bien entendu plusieurs des causes envisagées plus haut peuvent s'associer. Etant donnée la complexité de ces éléments on ne peut qu'apprécier toute tentative de systématisation, encore que l'introduction de termes nouveaux semble bien augmenter l'apparente confusion d'ensemble. Fouquet classe les formes cliniques de l'éthylisme chronique en alcoolites, 45 % des cas environ (buveurs de compagnie, ceux qui trop suggestibles ne font preuve que d'une certaine « labilité émotionnelle », d'un défaut d'auto-critique) ; alcooloses, 40 % des cas à peu près (buveurs solitaires, névrosés, schizoïdes ou paranoiaques) et somalcooloses, 15 % des cas (ceux dont le comportement résulte d'un dysfonctionnement neurosomatique spécial).

En dehors de ce facteur psychique, les autres éléments du syndrôme sont constitués par un facteur de tolérance qui expliqué que tel boit sans grands désirs parce qu'impunément, mais s'abstiendrait à la moindre alarme, et un facteur toxique qui n'est que le négatif du précédent.

Ce sont précisément les perturbations prémonitoires de grands accidents de l'alcoolisme chronique que nous allons essayer d'étudier à présent.

C. — Les conséquences

Le syndrôme humoral. — Nous n'envisagerons ici que les réactions de l'organisme consécutives à l'absorption d'alcool éthylique.

En effet les diverses formes sous lesquelles ce produit est habituellement ingéré peuvent sans doute imprimer au tableau clinique de l'intoxication des aspects assez dissemblables; c'est ainsi que certaines essences contenues dans les apéritifs possèdent leur aggressivité propre vis-à-vis des tissus nerveux et du parenchyme hépatique; par contre, des expériences réalisées au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Bordeaux ont montré que, à dose d'alcool égale, le vin de bonne qualité est nettement moins dangereux que son propre distillat.

Mais il existe chez la totalité des alcooliques chroniques, quelles que soient leurs habitudes, des troubles à peu près constants qu'on peut donc rattacher sans hésitation au radical éthyl, seul constituant de base de tant de préparations différentes.

D'autre part les résultats des expériences de laboratoire tentées in anima vili à l'alcool pur ne sauraient correspondre que d'assez loin à ce qu'on observe chez l'homme.

Nous en sommes réduits pour expliquer le métabolisme éthylique ainsi que la pathogénie des perturbations organiques qui en résultent, à tenter une synthèse des notions qui découlent d'explorations variées possibles en clinique humaine, ainsi que des acquisitions les plus récentes de la chimie biologique et de l'expérimentation sur l'animal.

Tout d'abord, l'alcool est-il un aliment ? Sans reprendre les discussions pas toujours objectives qui ont contribué à faire de cette question une des plus complexes qui soient on admet actuellement que l'alcool absorbé dilué, au cours des repas à raison de un gramme par kg. de poids corporel et par jour peut être utilisé par l'organisme, non pour couvrir ses besoins caloriques, énergétiques et encore moins plastiques, mais dans les seules limites du métabolisme de base. A ce titre, et bien que ne répondant pas à la définition, il se comporterait comme un véritable aliment d'épargne en permettant une certaine économie des glucides notamment qui ainsi pourraient être

réservés à d'autres usages. Cette ration type établie de façon schématique peut être considérablement dépassée chez les travailleurs de force et les gros mangeurs dont la tolérance à l'alcool est accrue puisque, c'est un fait bien connu, ils supportent sans présenter de troubles notables leurs 2 litres de vin par jour.

On sait que l'alcool ingéré passe très vite dans la circulation générale et qu'en dehors des quantités immédiatement éliminées par la ventilation pulmonaire et les différents émonctoires il se trouve oxydé en proportion à peu très totale. De sorte que les dosages sanguins ne donnent de résultats valables que s'ils sont pratiqués dans certains détails et que les chiffres obtenus, s'ils renseignent sur la profondeur d'une ivresse transitoire, ne sauraient en aucun cas traduire le degré d'imprégnation du sujet; leur intérêt est donc avant tout d'ordre médico-légal.

Le catabolisme éthylique que nous pourrons qualifier de normal comporte les stades successifs d'acélaldéhyde et d'acide acétique, ce dernier étant enfin décomposé en anhydride carbonique et eau par desmolyse. Ces réactions nécessitent l'intervention de déhydrases dont les coferments (coenzymes I et II de Warburg) renferment entre autres de l'amide nicotinique (vitamine PP ou B_3) et de l'adénine (vitamine B_4).

Il suffit pour amener de profondes perturbations dans ce métabolisme que de l'alcool d'un dgeré trop élevé soit absorbé à jeun et de façon quelque peu prolongée. On voit alors apparaître en quantité nettement excessive dans les humeurs de l'acide pyruvique, composé extrêmement important en chimie organique puisqu'il se situe à un de ces carrefours biologiques à partir desquels toutes les resynthèses sont possibles. Mais l'acide pyruvique libre qui ne constitue pas un simple intermédiaire dans la chaîne de transformation complexes ne saurait être indéfiniment utilisé par l'organisme. Il doit à son tour être éliminé; sa dégradation connaît dès lors plusieurs modalités différentes. De la façon la plus simple elle conduit à

l'acide lactique grâce aux mêmes déhydrases I et II de Warburg.

Elle peut également se faire par insertion dans le cycle de Krebs au stade de l'acide oxalacétique, et cela soit directement, soit après transformation préalable partielle en acide oxalacétique même selon la réaction de Wood et Verkmann ; les étapes constituées par les acide isocitrique, cétoglutarique amènent alors à de nombreux dérivés tels que les acides succiniques, malique, fumarique, oxalacétique encore et les enzymes nécessaires sont cette fois-ci des carboxylases constituées d'un support protéique pour un coferment qui n'est autre que la thiamine (vitamine B_1) phosphorylée.

Quelques-uns de ces produits intermédiaires du métabolisme normal ou perturbé de l'alcool sont accessibles à l'analyse et leur dosage se révèle du plus haut intérêt chez les éthyliques chroniques. Citons notamment l'acétaldéhyde et l'acide pyruvique.

Dans les deux cas on part de 3 ou de 5 cc de sang total oxalaté ou hépariné, prélevé avec certaines précautions, puis déféqué à l'acide tungstique suivant la technique de Folin Wu.

Pour ce qui est de l'acétaldéhyde on utilise généralement la méthode de Statz basée sur la combinaison que forme ce corps avec le bisulfite de sodium et le résultat est apprécié colorimétriquement après action du parahydroy diphényl en présence de sulfate de cuivre.

Chez les sujets normaux les chiffres obtenus varient entre 0 g 0003 et 0 g 0035 pour 1.000, avec une moyenne à 0 g 0016. Chez les alcooliques chroniques ils montent très vite 0 g 006 0 g 010 et même 0 g 015 pour 1.000.

En ce qui concerne l'acide pyruvique, la méthode de Friedmann et Hangen comporte la formation d'une hydrazone à partir de la 2-4 dinitrophénylhydrazine, son extraction par le toluène ou l'acétate d'éthyle, puis son pasage dans une

solution de carbonate de sodium qui lui donne une coloration beige clair ou acajou à évaluer au photo-colorimètre de Meunier par exemple en se rapportant à des courbes obtenues avec des solutions étalonnées.

Les chiffres normaux oscillent entre 0 g 003 et 0 g 0065 pour 1.000 en moyenne 0 g 005, d'après Lecoq, Paget, alors que les résultats habituellement rapportés sont bien plus élevés (0 g 011 pour Polonowski).

Les éthyliques chroniques ont un taux d'acide pyruvique qui reste longtemps stationnaire puis atteint peu à peu 0 g 008, 0 g 010, 0,015 et même plus de 0 g 020 pour 1.000.

L'évolution serait en somme inverse de celle à laquelle nous assitons grâce aux dosages en série de l'acétaldéhyde dont l'augmentation dans le sang circulant est précoce mais qui peut secondairement revenir à la normale.

Il s'en faut donc de beaucoup que le parallélisme soit obligatoire.

Comment interpréter ces faits ? Déficience enzymatique pure et simple consécutive d'une part à un accroissement excessif des besoins (ou avitammose relative), d'autre part, à un défaut d'absorption par gastrite éthylique (ou avitaminose absolue à rapprocher des troubles carentiels observés chez les gastrectomisés) ?

L'alcool, ou les produits toxiques qui l'accompagnent, pourrait aussi intervenir directement comme inactivateur d'enzymes, soit au cours du transit intestinal, soit même dans les humeurs.

Goldsmith a établi que toutes les fois que le rapport acide lactique acide pyruvique tombe au-dessous de 7, il faut suspecter un manque de vitamine B.

On conçoit en tout cas que puisse se former ainsi un de ces cercles vicieux qui, en dehors de toute intervention thérapeutique, conduisent à une aggravation inexorable.

A moins qu'il ne s'agisse d'un surmenage rapide d'organes chargés des fonctions de détoxication et excrétion ?

En fait, il semble plutôt que foie et reins, avant de donner des signes de défaillance secondaire, fassent preuve, dans un premier temps tout au moins, d'une activité considérable pour métaboliser et éliminer des quantités sans cesse accrues d'acétaldéhyde d'abord, puis d'acide pyruvique et autres sous produits moins bien connus du catabolisme éthylique perturbé.

Ces réactions de compensation vont se traduire par une série de déséquilibres humoraux faciles à apprécier.

On note tout d'abord une tendance rapide à l'acidose.

La réserve alcaline plasmatique déterminée suivant la méthode de Van Slyke est normalement comprise entre 55 et 65 volumes de CO2 p. 100. Au début de l'intoxication alcoolique, tout excès d'acétaldéhyde ou d'acide pyruvique est assez vite métabolisé, ce qui n'empêche pas cette réserve alcaline de tomber parfois au-dessous de 40, sans doute à cause d'une élimination nettement accrue de bases urinaires. Mais on pourrait aussi expliquer ce fait en apparence paradoxal en considérant que les extraits hépatiques qui, expérimentalement, neutralisent les effets nerveux de l'alcool et de l'acide pyruvique sont eux-mêmes facteurs d'acidose.

Témoin plus fidèle sans nul doute d'un fonctionnement hépatique excessif, le cholestérol total du sérum qui peut osciller entre 1 gr. 50 et 1 gr. 80 p. 1.000 se trouve d'ordinaire augmenté chez les alcooliques chroniques jusqu'à des concentrations pouvant aisément dépasser 3 gr. p. 1.000; ce qui reflète encore l'intégrité des réactions de défense.

— Le taux de l'urée sanguine qui varie normalement suivant l'âge entre 0 gr. 20 et 0 gr. 40 p. 1.000 est le plus souvent abaissé.

En effet, le rein, qui doit assurer l'élimination de l'alcool

et de ses produits de dégradation toxiques, évacue en même temps, du fait d'une diurèse accrue, des quantités supérieures d'urée et de bases (le pH urinaire ne passe-t-il pas de 6 à 7, pouvant même s'élever jusqu'à 8 ?).

— On calcule le rapport cholestérol-urée qui, par conséquent, tend à augmenter, montant de 5 à 10 et même au-delà. Mais comme tout coefficient celui-ci n'a pas plus de valeur que chacun de ses éléments n'en possède pris isolément, et, par ailleurs, les altérations hépatiques et rénales que nous allons envisager à présent sont susceptibles d'en modifier la signification au point de le rendre ininterprétable.

— Vient en effet le stade de décompensation. De simples troubles fonctionnels, des lésions organiques d'abord reversibles, puis définitives, seront bientôt responsables de toute une série d'accidents de plus en plus sérieux qui, chez l'éthylique invétéré, peuvent presque tous être imputés à l'acidose.

— Si un début d'insuffisance hépatique, une variation du pH urinaire amènent parfois une augmentation transitoire de la réserve alcaline, cette amélioration indirecte n'est guère susceptible de se prolonger lorsque les produits de désintégration de l'alcool s'accumulent dans les humeurs, avec élévation fatale de la pyruvicémie.

— Le cholestérol sanguin s'effondre très au-dessous de la normale, spécialement dans les états précirrhotiques au cours desquels il peut descendre aux environs de 0 gr. 80 p. 1.000.

L'azotémie continue à diminuer, cette fois-ci par défaut d'uréogénèse. Enfin, que les reins viennent à leur tour à présenter les symptômes de défaillance et ce sera l'élévation secondaire du taux de l'urée dans le sang, qui prélude souvent au déclenchement d'une crise de délirium tremens.

D'autres résultats de laboratoire sont assez caractéristiques du syndrome biologique des alcooliques chroniques.

Le taux des protides sériques totaux évalué par réfractomé-

trie se situe habituellement aux alentours de 65 à 80 grammes pour 1.000 et se trouve augmenté assez régulièrement passé un certain degré d'intoxication éthylique, sans que l'on soit jusqu'à présent parvenu à expliquer ce phénomène autrement qu'en invoquant une fois de plus des réactions d'auto-défense.

De fait, Widmark a remarqué que l'alcoolémie était moins élevée chez des sujets consommant de grandes quantités de protides; d'autre part, il faudrait tenir compte des perturbations du métabolisme azoté en rapport avec une déficience hépatique, modifications se traduisant notamment par une hyperalbuminose du liquide céphalorachidien que signale Duchène, et qui serait sans doute liée à une augmentation de la perméabilité méningée.

Les variations de la glycémie n'ont rien de caractéristique, encore que quelques auteurs aient voulu les rendre responsables des troubles du comportement de certains alcooliques.

Les dosages de chlore globulaire et plasmatique donnent chez les éthyliques chroniques des chiffres voisins de la normale, en sorte qu'il est difficile de mettre, comme certains l'ont fait, la soif pathologique des buveurs sur le compte d'une éventuelle hypochlorémie.

On ne saurait pousser les investigations beaucoup plus loin. C'est que des recherches de laboratoire concernant par exemple la bilirubinémie si souvent augmentée chez les alcooliques relèvent déjà du domaine particulier de la pathologie hépatique et sortent par conséquent du cadre plus général que constitue le syndrome humoral commun de l'éthylisme chronique.

De même, nous n'avons pas à entrer dans l'étude détaillée de toutes les répercussions organiques par lesquelles on rejoindrait aisément la clinique. Qu'il nous suffise de mentionner que, si tous les tissus finissent par être lésés chez l'alcoolique parvenu au terme de la déchéance la plus complète, ce sont les parenchymes les plus fragiles qui, les premiers, trahissent

leur souffrance; à ce titre, en dehors du foie et des reins, dont le rôle est capital dans la constitution du syndrome que nous venons d'envisager, en dehors du système nerveux dans son ensemble dont l'atteinte ne peut passer inaperçue, quand bien même elle ne se traduirait que par des anomalies non systématisées des chronaxies (chez l'animal d'expérience soumis à l'aggression alcoolique il y a diminution de ces chronaxies avec égalisation des antagonistes à niveau bas), il ne faut pas oublier que toutes les glandes endocrines peuvent, à des degrés variables, réagir ou présenter des signes d'insuffisance susceptibles de multiplier à l'infini les nuances cliniques de l'affection.

Signalons, enfin, que de plus en plus on tend à minimiser le rôle toxique direct de l'alcool pour incriminer dans la genèse des troubles observés en pathologie humaine, tantôt une carence protidique particulière portant spécialement sur la fraction des acides aminés soufrés ou substances lipotropes lorsqu'il s'agit de cirrhose hépatique, tantôt une avitaminose B, à moins que ce ne soit l'état acidosique lui-même et l'action propre de l'acide pyruvique quand on se trouve en présence d'une polynévrite par exemple. Le problème, non résolu, est en somme à peu près identique à celui du béri-béri, bien que carence vitaminique et excès d'acide pyruvique aient alors une origine différente. D'autre part, cette conception suggère d'emblée un rapprochement avec l'ensemble des manifestations cliniques les plus diverses de l'acidose qui se compliquent d'accidents nerveux et au cours desquelles les recherches systématiques de Markees aient mis en évidence une augmentation quasi-constante de la pyruvicémie : diabète avec dénutrition, certaines néphropathies, intoxication gravidique et toxicose du nourrisson, tous les vomissements graves, etc.

Ainsi, l'alcool nous apparaît avant tout comme un « élément de déséquilibre alimentaire » suivant l'expression de Lecoq, et ces quelques notions, pour sommaires qu'elles soient, ne sembleront sans doute pas inutiles à l'étude des ressources thérapeutiques qui sont en notre possession.

PREMIERE PARTIE

LES TRAITEMENTS DE L'ÉTHYLISME CHRONIQUE

A. — Conditions actuelles.

De même que le terme très général d'alcoolisme chronique ne recouvre que des formes cliniques assez nombreuses, de même la thérapeutique se révélera des plus variées, à charge pour le médecin de l'adapter dans chaque cas particulier au mieux des intérêts de son patient.

Et tout d'abord qui sera ce patient ? Le malade d'hôpital porteur de grosses lésions viscérales, ou bien le client habituel, modérément imprégné, et chez lequel prédominent des troubles digestifs mineurs ? Celui-ci n'est guère justiciable d'une hospitalisation, ce qui interdit souvent toute tentative en vue de le désintoxiquer sérieusement, alors que celui-là peut avoir déjà atteint le stade des altérations irréversibles. Quant au buveur qui ne se plaint encore de rien, trouve sa conduite normale ou ne sait pas qu'on peut l'aider efficacement, il risque d'échapper à tout contrôle médical et voit ainsi diminuer de jour en jour ses chances de guérison.

Cette carence relative de notre équipement sanitaire montre d'emblée à quel point sont à réviser nos conceptions de l'éthylisme ; alors que l'administration ne lésinera pas lorsqu'il s'agit du traitement parfois interminable d'une affection bien déterminée, conséquence directe de l'abus d'alcool, alors que l'internement d'un sujet présentant une psychose toxique carac-

térisée est presque automatique, on éprouve parfois les plus grandes difficultés pour faire admettre dans un service celui qui n'a que le malheur de ne pas être assez atteint, et il n'est pas question de mettre hors d'état de nuire tel autre qui n'a pas encore commis d'acte antisocial, bien que déjà criminel en puissance.

Tandis que jusqu'à présent le psychiâtre ne voyait guère que les psycho ou névropathes accessoirement buveurs, le praticien, lui, ayant à soigner les seules complications organiques, ne songeait guère en présence d'éthyliques à cette « totale prise en charge », qui, à vrai dire, nécessiterait des dispensaires spéciaux. Sans doute, le sevrage étant considéré comme la partie la plus importante du traitement, on se contentait bien de donner quelques sages conseils de tempérance, mais sans trop espérer les voir jamais suivis. « Qui a bu boira », disait-on, et les rechutes étaient inévitables, invariablement mises sur le compte de la mauvaise foi légendaire des ivrognes. Cette sorte de défaitisme médical s'explique par le fait que nul n'était accoutumé à s'en prendre au comportement alcoolique lui-même. N'allait-on pas jusqu'à dire que ç'aurait été là sortir des attributions traditionnelles de tout bon thérapeute soucieux de respecter le libre arbitre de ses malades ? Conception quelque peu outrée de la liberté humaine qui ne permettait pas toujours au médecin de se résigner au rôle ingrat de celui dont on requiert les services à la première alarme, mais dont on méprise aussi les avis dès qu'un début d'amélioration est obtenu.

Quoi qu'il en soit, un tel scepticisme, par trop systématique, n'est plus de mise. Et si nous cherchons à interpréter un revirement aussi remarquable, nous nous rendons compte qu'il ne s'agit pas du premier enregistré depuis que l'homme ivre pose une énigme à ses semblables. Vénéré lorsqu'on le croyait habité d'un esprit, redouté quand on en faisait un possédé du démon, celui dont ce devenait une habitude que de succomber à la boisson ne tarda pas à attirer l'attention vigilante des législateurs, dont certains, tel Solon, considéraient l'ivresse

comme un crime et la punissaient de mort. Pour Aristote, elle n'était qu'une cause d'aggravation de peine. Depuis, la position des juristes a connu des vicissitudes diverses pour aboutir aux règlements actuellement en vigueur dont le moins qu'on puisse dire est qu'ils paraissent très nuancés, voire même timorés. Il faut bien le reconnaître, au siècle dernier encore, le fléau n'était guère endigué, toute considération économique mise à part, qu'en raison d'une certaine éthique aisément acceptée, de traditions toujours vivantes. Puis, quelques années suffirent pour qu'au fanatisme intransigeant d'obsédés qu'on pourrait qualifier de professionnels de l'abstinence, s'opposât l'indifférence du plus grand nombre : mansuétude extrême des pouvoirs publics, complaisance de l'opinion générale envers un vice sympathique et pour tout dire, fort populaire. De nos jours, le problème tend à être transposé du plan moral sur le plan médical, ce qui traduit un plus grand effort de compréhension. Est-ce à dire que l'on doive renoncer à toute mesure coercitive ? Certainement pas, car expliquer un comportement n'équivaut pas à l'admettre. Or, s'il est nécessaire de défendre la société et parfois l'individu contre lui-même, pour obtenir que d'aucuns s'amendent les appels à la raison ne sont pas toujours suffisants; à ce moment, il n'est pas d'argument plus puissant que le recours à des sentiments élémentaires tels celui de la peur.

Toujours sur le plan collectif, de même que la répression, pourvu qu'elle soit ferme et juste, a prouvé son efficacité, de même peut-on espérer beaucoup d'une certaine réglementation. Car si la prohibition intégrale est vouée à l'échec, il ne faut pas oublier que la grande masse des buveurs d'occasion s'abstiendrait si les alcools étaient seulement plus rares, plus chers, en un mot plus difficiles à se procurer. C'est ainsi que la législation si complexe des pays scandinaves a eu d'assez heureux résultats. Il peut en être de même en Angleterre où intervient un autre élément, à savoir la séparation, dans les débits de boisson d'un emplacement réservé à la consommation de l'al-

cool : le buveur n'a plus l'impression de faire comme tout le monde, mais de s'isoler pour accomplir quelque chose de honteux. Plus suspecte nous paraît une solution américaine qui consisterait à ouvrir des « dispensaires », plus exactement des hôpitaux spécialisés dans la désintoxication alcoolique, mais où certains buveurs pourraient entrer par la voie du placement judiciaire. N'y aurait-il pas là confusion entre deux ordres de faits bien différents ? Le principe même de la contrainte s'oppose à l'établissement de ces relations confiantes entre médecin et malade qui sont à la base même du traitement individuel de l'éthylisme. D'ailleurs, une propagande discrète a déjà suffi pour faire affluer vers nos services hospitaliers nombre d'alcooliques ayant entendu parler des méthodes nouvelles, et sincèrement désireux de se faire désintoxiquer. Une saine information, des mesures éducatives permettraient d'obtenir beaucoup encore dans ce sens, car on ne peut considérer comme parfaitement évolué un pays où l'instruction est obligatoire mais où des mères continuent à s'imaginer bien faire en mettant de l'eau de vie dans les biberons de leurs enfants.

Négligeons les incidences du standard de vie et des réformes de structure, voire des révolutions, sur l'alcoolisme considéré comme une maladie sociale. Il se peut que le problème paraisse anachronique dans telle démocratie... où cependant on se préoccupe d'étudier les ressources de l'antabus. Et arrivons-en rapidement à la seule question qui nous intéresse véritablement, celle du traitement de chaque éthylique en particulier.

On parle d'ordinaire en pareil cas de désintoxication ; pour le médecin, spécialiste ou non, il s'agit alors d'obtenir une abstinence totale, ne serait-elle que temporaire ; pour le patient, la perspective est toute différente. Celui qui, sans être malade, reconnaît son esclavage espère que sans grand effort de volonté de sa part on lui permettra seulement de moins boire ; il voudrait voir diminuer son désir, mais se refuse à en être à jamais privé ; parfois, il ne sait pas au juste ce qu'il attend de la mé-

decine; ne se rendant compte qu'assez confusément du besoin d'aide qu'il éprouve, il se montrera déçu quelle que soit la perspective qu'on lui ouvre, tant lui répugne le moindre effort, le moindre changement.

Celui, par contre, qui ne doit consulter que parce qu'il en arrive aux premier accidents toxiques, aura tendance à se plaindre de ne plus pouvoir boire suffisamment; il demande à être débarrassé des malaises qui le gênent, sous-entendu, à seule fin de supporter à nouveau sa ration quotidienne.

C'est pourquoi l'usage veut qu'on oppose habituellement la désintoxication proprement dite, qui n'est que la suppression des effets toxiques actuels obtenue de façon plus ou moins artificielle, et le traitement de fond, c'est-à-dire la cure radicale qui, visant à obtenir le retour du buveur à un comportement normal, garantit son avenir.

En réalité, chacun sait qu'il n'est pas d'amélioration durable des perturbations organiques sans sevrage intégral et que les remèdes quels qu'ils soient, s'ils se révèlent parfois nécessaires pour franchir le cap difficile des premiers jours, n'ont que l'intérêt d'accélérer une guérison déjà assurée par la seule suppression de toute-cause toxique. On ne signale pas d'exemple suivant lequel dans un cas d'atteinte encore réversible, le retour à un certain équilibre humoral n'ait pu être obtenu par l'abstinence seule; tous les procédés biologiques ne sont que des adjuvants. Il s'agit là d'une sorte de tout ou rien thérapeutique : on ne pactise plus avec l'alcool dès que ses premiers méfaits se font sentir; c'est le point qu'il est nécessaire de bien préciser avant d'entreprendre quoi que ce soit. Recommander à celui qui, déjà, n'est plus maître de ses propres décisions, de se restreindre de lui-même et cela parce que l'on craint un échec en exigeant trop ou parce que l'on redoute les conséquences d'une privation brutale, c'est le condamner à entrer dans le cycle fatal de l'alcoolisme chronique.

Comment obtenir du jour au lendemain, une telle sobriété ?

Par l'isolement rigoureux en maison de santé, bien entendu, l'admission dans un service hospitalier spécialisé où les malades n'ont pas la possibilité de se constituer une petite cave particulière dans les profondeurs de leur sommier.

Mais on ne fait ainsi que parer au plus pressé, et ce n'est là qu'un pis aller qui ne tranche nullement la question du devenir lointain de l'éthylique. Parce que précisément on lui aura refait une santé, il faudra un jour lui rendre sa liberté, c'est-à-dire malheureusement le restituer au milieu très défavorable dans lequel il vivait et où il retrouvera la plupart de ses anciens problèmes non résolus. Il n'est donc d'espoir de guérison durable que par une transformation profonde de la personnalité et celle-ci ne peut être obtenue que par une action directe sur la psychologie de l'intéressé.

B. — **La psychothérapie**

Elle sera de tous les instants. Elle débutera comme nous venons de le voir, avant même que tout autre traitement n'ait été entrepris, sous forme d'une prise de position très nette, pour peu que l'état mental du sujet le permette. Elle se poursuivra favorisée par le sevrage et par les premiers résultats du traitement antitoxique, à l'occasion de chaque acte thérapeutique en particulier, et non au cours de trop rares séances mises à part (à moins bien entendu que l'intervention de tel ou tel spécialiste ne se révèle nécessaire). Plus tard, c'est elle encore qui permettra de guider le sujet récemment désintoxiqué dans ses tentatives de réadaptation.

Quant aux techniques elles devraient certes ne relever que de la psychiatrie, mais ce serait par trop restreindre l'action de la plupart des médecins qui sur le simple plan humain peuvent déjà beaucoup.

Quitte à dépasser les limites de la définition habituelle, nous englobons dans le terme général de psychothérapie l'ensemble des moyens purement psychologiques par lesquels le

praticien tend à obtenir de son patient une modification quelconque de comportement. Il n'est plus dès lors de médecin qui ne soit appelé à en user chaque jour, par la force des choses, sans le savoir ou sans vouloir recouvrir de ce mot jugé prétentieux les quelques conseils donnés aux uns et aux autres. Tantôt, c'est l'épouse d'un malade à qui il faut recommander de se montrer plus compréhensive, tantôt c'est un désadapté que l'on persuade de changer de métier; à tel alcoolique modéré et pusillanime, victime de ses activités mondaines, il sera parfois utile d'inspirer une crainte salutaire au besoin en usant de l'artifice bien connu d'un résultat de laboratoire « interprété ». Qu'on nous permette une suggestion à reléguer au chapitre des « petits moyens » : beaucoup d'éthyliques souffrent... de ne pas savoir boire; si grâce à une véritable éducation du goût ils étaient en mesure d'apprécier les bons vins comme les bons alcools, ils ne se jetteraient pas machinalement sur n'importe quoi; on rejoint ici l'idée maîtresse de Bergouignan concernant la dévaluation des plaisirs dans son livre sur le Traitement des habitudes.

Mais en présence de cas sérieux plus de rigueur s'impose. On distingue essentiellement des méthodes morales et des méthodes analytiques.

Sur les premières le fanatisme de certains militants a jeté un discrédit certain. Et quand une minorité d'illuminés ne s'en tient plus à une attitude toute passionnelle d'intolérance extrême, passant au prosélytisme, elle ajoute à son ridicule la prétention au symbolisme naïf d'une société de Bons Templiers. Les horreurs du vice nous ont valu tant de tristes sermons, qu'on se prend à déplorer l'incapacité où se trouvent les moralistes professionels de parer la vertu d'aussi séduisantes couleurs. Quoi de plus terne que la « tempérance » et combien hésiteront à la préconiser, préférant en tout cas recourir à un autre vocable ?

En définitive, on doit enregistrer la faillite du système suisse des asiles de buveurs où les bons résultats ne dépassaient

pas cinq pour cent des cas, et les succès indéniables remportés par une ligue telle que la Croix-Bleue ne peuvent servir d'exemple à une action de quelque envergure.

Au surplus, il n'est que trop fâcheux de constater le climat « moral » dans lequel sont débattues la plupart des questions concernant l'alcoolisme; cette intrusion se manifeste jusque dans le choix d'une appellation pour les nouveaux médicaments : espéral, refusal, abstinyl.

Or, le buveur est las de sentir peser sur lui cette réprobation, il ne veut plus sans cesse être jugé, mais enfin compris; toute son attitude ne traduit parfois qu'une révolte contre les tendances excessivement moralisatrices de sa famille; l'alcool demeurant alors le type même de tant d'interdits.

On voit d'ici le travail de déblayage qui est parfois nécessaire pour replacer toutes choses dans une perspective sainement objective.

Compréhension : il semble bien en effet que la ruine de certains préjugés, la simple mise en lumière d'un drame caché, la solution d'un « problème de vie » amènent souvent la guérison de celui qui s'obstinait dans une voie sans issue. Tel sera le cas entre autre, de la plupart des inadaptés, de ceux qui méconnaissaient les dangers encourus : soldats, par exemple, ayant la nostalgie d'un rôle joué jadis dans l'exaltation du risque et adoptant l'attitude quelque peu pathétique de celui qui préfère s'abîmer dans l'alcool à la poursuite d'un rêve, plutôt que d'accepter un travail sans gloire; un nouveau centre d'intérêt devra donc être recherché.

Mais ce serait là accorder trop d'importance à la raison, faire preuve d'un optimisme excessif en ce qui concerne la possibilité ou l'opportunité de chasser une passion par une autre. Il est des situations telles que les arguments sollicitant l'intelligence aussi bien que l'affectivité ne parviennent à les résoudre. Ainsi le buveur n'ignore pas toujours les méfaits de l'alcool, seulement il peut admirer celui qui y résiste et trouver que la prudence n'est qu'une qualité méprisable. A ce mo-

ment on en vient à reconnaître la nécessité d'une sorte de structure imposée à l'individu, d'un cadre qui lui interdise certains débordements. Le respect d'une religion telle que l'Islam est la seule explication au fait que l'alcoolisme ne se soit pas encore davantage répandu dans le monde musulman.

Le sens des responsabilités qui constitue l'équivalent laïque de ces garde-fous si nécessaires a été largement battu en brèche précisément par les tendances actuelles qui font de tous ceux dont le comportement se révèle anormal des malades. Sans doute est-il révoltant d'entendre encore parler de châtiment, sous forme entre autres de suppression d'allocations pour celui qui continue à boire malgré avis médical (ne serait-ce d'ailleurs qu'en considération de la famille, victime indirecte). Mais c'est un fait certain, malheureusement, trop d'indulgence frise à la complaisance et n'encourage qu'à persévérer ceux dont la veulerie déconcerte. Alors ?

On en revient à la thérapeutique morale que Pinel avait créée et que Baruk a reprise en insistant sur l'étude de la personnalité dans une atmosphère de sympathie, mais aussi bien sur le sens de la droiture, de la confiance; le médecin, qui doit s'engager à fond a dès lors un rôle très important à jouer.

Il n'est rien de pire que la perte de ce désir profond de vivre, et de vivre mieux; les alcooliques sur lesquels on n'a plus de prise sont précisément ceux qui ont abandonné. Ainsi donc la psychothérapie morale présentera de nos jours une double tendance : exaltation de la personnalité, insertion de l'individu dans la société, ceci pouvant être très simplement réalisé par la poursuite d'un but dans l'existence.

Il reste cependant des inconnues. Barnola déclare : « Le buveur va les yeux ouverts vers une catastrophe qu'il admet, qu'il comprend lorsqu'on la lui fait entrevoir, et cependant il y va. Il y va parce que la catastrophe est inscrite dans son destin, parce qu'il est de son destin de boire et de boire jusqu'à sa destruction. Le buveur, confusément sans doute mais obsti-

nément veut se détruire. » Et pour Requet : « L'intentionnalité profonde et occulte de la situation et du comportement du buveur est la destruction : destruction de lui-même, de son foyer, de sa position professionnelle et sociale, de ses biens. »

Face à celui dont la logique n'est plus celle de tout le monde et qui échappe à toute influence, force nous est bien de reconnaître la nécessité d'une investigation en profondeur.

Alors que la psychothérapie morale vise essentiellement à agir sur l'individu par l'extérieur, laissant subsister les conflits pourvu que la conduite soit normale et quitte à laisser vivre l'individu dans un état de tension permanente où s'use sa volonté, les méthodes analytiques ambitionnent à une véritable remise en ordre plus harmonieuse des éléments constitutifs d'une personnalité.

Nous ne saurions mieux faire que de rapporter ici le résumé des propres constatations de Jung, qui tout au long d'un article sur les problèmes de la psychothérapie moderne a récemment décrit quatre échelons d'efficience.

1° Sur le plan de la « confession », rejoignant ainsi une vérité qui a servi de base à bien des rites d'initiation et à bien des cultes religieux; c'est l'action carthartique.

2° Sur le plan de la « mise en lumière » et de « l'analyse » du transfert, pour dissoudre les liens qui se sont créés naturellement entre médecin et malade au cours de la confession.

3° Sur le plan de « l'éducation » et de « l'autoéducation ». Le malade, qui a pris conscience de ses nouvelles composantes psychiques doit les intégrer, donc en tenir compte dorénavant dans son comportement. L'analyse vise à une connaissance meilleure pour une action meilleure.

4° Pour que la mise en œuvre de ces trois phases soit possible, comme le traitement psychothérapique est essentiellement fait de la rencontre de deux systèmes psychiques, il

faut que celui du médecin soit psychologiquement aussi équilibré, aussi maturé que possible, afin que ses propres scotomes n'entravent point l'évolution, la métamorphose, le recentrage de la personnalité avec laquelle il va nolens volens, se trouver dans un inter-échange et une interaction réciproque.

Il existe ainsi une sorte de « plateau analytique » dont on doit tenir compte pour épuiser chaque fois toutes les ressources de la thérapeutique sans cependant vouloir aller au-delà de nos possibilités.

Mentionnons seulement la suggestion comme moyen de traitement des alcooliques : autosuggestion, qui n'est guère à envisager; hétérosuggestion qui se rapprocherait vite de l'hypnotisme et dont les effets ne sauraient en tout cas être durables.

La psychothérapie peut également dériver de la théorie adlérienne, mais c'est avec la psychanalyse de Freud qu'elle nous semble atteindre sa plus grande efficacité dans tous les cas où un élément névrotique a été décelé à la base de la toxicomanie. Encore que l'interdiction de boire pèse lourdement sur toute possibilité de transfert. La narcoanalyse serait alors la méthode de choix parce que plus rapide et, partant, plus maniable. Mais ne sortons-nous pas déjà des limites de ce chapitre pour nous aventurer dans le domaine des techniques psychiatriques où des traitements biologiques ? En effet la narcose, loin de ne servir qu'à faciliter l'analyse, a été considérée par certains comme une thérapeutique de choc; pour d'autres, tels Lemère et Hollaren, c'est le produit injecté lui-même qui agit en calmant les malades et en apaisant leur anxiété : à ce titre il se montrerait particulièrement efficace chez les alcooliques; on pourrait aussi parler de substitution pure et simple, le sommeil artificiel ainsi obtenu rappelant la torpeur de l'ivresse; enfin Lecoq, grâce à sa méthode chronaximétrique a rangé les barbituriques parmi les médications inhibitrices de l'intoxication alcoolique.

De même, si les chocs amphétaminiques ont pu être préconisés pour obtenir une réviviscence du drame initial ou une reconstitution expérimentale de l'ivresse, il ne faut pas oublier que les différents dérivés du phényl aminopropane donnent lieu à des toxicomanies de remplacement et que Lecoq les classe également avec les substances neutralisant les effets nerveux de l'alcool.

Nous ne ferons que mentionner la psychothérapie de groupe, méthode collective si fort en honneur parmi les membres de l'école lyonnaise. Destinée à jouer un rôle important dans la post-cure, l'entraide des buveurs peut se manifester dès le stade de la salle commune à l'hôpital, et cela sous la forme d'encouragements réciproques; les arguments d'un camarade seront peut-être de moindre valeur mais souvent plus persuasifs que ceux d'un médecin trop distant; beaucoup n'aiment pas se sentir dominés ou bien dénient à l'homme « privilégié » qui se trouve en face d'eux la possibilité de partager les mêmes problèmes; de plus celui qui essaye de persuader les autres se renforce dans sa propre position; notons enfin la valeur exemplaire d'une crise de délirium qui se déroule en public, d'une réaction de mal rouge devant les autres malades, qui par ailleurs peuvent constater de leurs propres yeux les rapides améliorations consécutives au sevrage.

Le pronostic de toute psychothérapie se fondera sur l'état antérieur du sujet aussi bien que sur ses réactions pendant le traitement; on tiendra compte des habitudes passées en se souvenant que des ivresses franches et isolées peuvent être plus apparentes, mais n'ont pour l'individu que la signification d'une sorte de thérapeutique de choc, alors qu'il en va tout différemment d'une ébriété permanente souvent soupçonnée, jamais affirmée mais toujours très grave; on se basera aussi sur la valeur de la personnalité : niveau moral, instruction et éducation, qualités affectives, volonté, etc... Entre autres éléments, il faudra en y attribuant une très grosse importance, considérer l'intérêt que le malade porte à sa propre guérison,

ou bien au contraire cette attitude d'abandon extrême qui se caractérise par une indifférence généralisée, un aspect extérieur négligé (tout soin de propreté par exemple semblant réclamer un effort démesuré); est-il venu « proprio motu » demander la cure d'interdiction ? On n'oubliera pas enfin d'envisager le milieu familial et professionnel, les perspectives d'avenir.

Moyennant quoi le psychiatre jugera parfois que son intervention s'est révélée suffisante, mais le plus souvent il aura recours au procédés que nous allons à présent essayer de classer.

C. — **Les traitements biologiques**

Vouloir ranger les différentes techniques qui ont été préconisées jusqu'à nos jours en plusieurs catégories suivant le principe de leur action serait une entreprise particulièrement vaine car la même méthode, empiriquement efficace, est interprétée de façon parfois diamétralement opposée par son promoteur et par d'autres auteurs.

Nous nous contenterons donc d'une simple énumération « pour mémoire », accompagnée de quelques remarques, de façon à situer les cures par l'antabus en montrant qu'elles ne constituent pas à elles seules tout le traitement de l'alcoolisme.

I. — **Facteurs de désintoxication à proprement parler.** — Leur but théorique est de ramener à la normale l'équilibre humoral perturbé et de corriger les effets nerveux de l'alcool.

1° **Strychnothérapie,** inaugurée par Luton et à laquelle de très nombreux neurologues, tels Cossa, restent fidèles, encore que d'autres ne voient dans la strychnine qu'un médicament destiné à masquer l'intoxication en agissant sur les chronaxies; à moins qu'il ne s'agisse, encore, d'un excitant utile pendant la phase dépressive du sevrage.

2° **Vitaminothérapie.** — Depuis leur découverte, toutes les vitamines ont été essayées, de même que les facteurs enzymatiques à la formation desquels elles concourent. Toutefois ce sont celles du groupe B qui ont retenu la faveur des expérimentateurs aussi bien que des thérapeutes et Lecoq s'applique à montrer que nicotinamide et adénine se révèlent plus actives que la thiamine elle-même vis-à-vis des produits intermédiaires de métabolisme éthylique.

3° **Hormonothérapie.** — A leur tour A.C.T.H. et cortisone sont mises à contribution.

4° **Ethylothérapie.** — Un place à part doit être réservée à l'alcool glucosé hépatisé intraveineux dont l'action fut fortuitement découverte par Lecoq et Bruel au cours du traitement d'un abcès du poumon chez un éthylique chronique. Seule capables de régulariser les perturbations humorales de l'alcoolisme en supprimant l'état de besoin, cette méthode s'apparenterait pour les auteurs aux cures de désaccoutumance par doses dégressives dans les toxicomanies. L'absence de toxicité serait expliquée par un rapide passage hépatique et pulmonaire. En fait n'y aurait-il pas un facteur psychologique, le sujet apprenant à dissocier ainsi la boisson de l'euphorie qu'il éprouve ? Quant à l'inocuité, relative, elle nous paraît confirmer l'hypothèse selon laquelle l'alcool ne serait pas tellement toxique par lui-même que par ses produits de dégradation qui s'accumulent dans le sang à la faveur d'un déséquilibre alimentaire avec carence vitaminique. En effet les troubles digestifs marqués par de l'anorexie et des signes de gastrite sont en général prémonitoires d'accidents plus graves témoignant ainsi de l'influence nocive de la voie orale.

II. — **Auxiliaires de la psychothérapie.** — Ce serait jouer sur les mots que de désigner également de cette façon les facteurs de désintoxication que nous venons de passer en revue, sous le simple prétexte qu'ils provoquent un certain bien-être dont l'opportunité est indéniable.

Nous avons vu par ailleurs le parti qu'on pouvait tirer des barbituriques et des dérivés amphétaminiques.

III. — **Substance de conditionnement ou d'interdiction.** — Le sujet désintoxiqué qui peut se retrouver en excellente condition physique, n'en reste pas moins fragile, à la merci d'une rechute. Il lui faut des béquilles pour le soutenir, et la psychothérapie ne suffira à le maintenir dans la bonne voie qui si elle est « armée ».

L'idée d'empêcher le buveur de succomber en le rendant intolérant à l'alcool n'est pas toute récente. Pline l'Ancien avait déjà proposé quelques moyens assez naïfs et au chapitre 13 du livre xxxi de son histoire naturelle il parle des eaux du lac de Clitorius, ville d'Arcadie, qui feraient « abhorrer et perdre le goût du vin ». Il est vrai que : « néanmoins Eudoxus et Théopompus disent l'eau en question capable d'énivrer ». Préfiguration de nos incertitudes thérapeutiques et de bien des controverses.

1° Citons seulement à titre de curiosité le coprinus atramentarius et même le simple charbon animal qui selon Fouquet suffirait à étayer une cure, le rhodanate de potassium auquel Lecoq reconnaît en plus un rôle inhibiteur de l'intoxication alcoolique, la cyanamide enfin qui serait à étudier, Nuytten ayant observé que les ouvriers qui en manipulent ne peuvent plus boire de vin.

2° **Apomorphine.** — Technique mise au point par Dent, puis Feldmann. Elle réalise avec une rigueur expérimentale le principe même d'acquisition des réflexes conditionnés, encore qu'on ait voulu voir par la suite dans le changement de comportement du sujet la conséquence d'une action directe de cette substance sur les centres diencéphaliques.

Parmi les médicaments capables de provoquer le vomissement, ipéca et émétine ont pu être également employés,

3° **Antabus.** — Les Danois Hald et Jacobsen poursuivaient leurs recherches sur des composés soufrés capables de neutraliser l'action des gaz de combat. Ils étaient ainsi journellement en contact avec du disulfure de tetra éthylthiurame, produit très banal utilisé dans la vulcanisation du caoutchouc. Ayant remarqué qu'ils se trouvaient assez fortement incommodés chaque fois qu'ils buvaient de l'alcool sous quelque forme que ce soit, ils firent le rapprochement entre ces malaises et l'imprégnation qu'ils subissaient par le disulfirame, d'où naquit l'idée d'une technique appelée à un si grand retentissement.

Mode d'action. — Le rôle de l'acétaldéhyde, substance vasodilatatrice, fut d'abord invoquée. Les travaux de Lecoq ont montré par la suite, et avec toute la rigueur nécessaire, que l'acide pyruvique, indépendamment des autres produits intermédiaires du catabolisme éthylique, intervenait de façon constante. En effet des dosages en série révèlent une importante élévation de la pyruvicémie dans les heures qui suivent l'ingestion d'alcool chez un sujet sous T.E.T.D.

Les vitamines B_3 et B_4 inhibent parfaitement les répercussions du conflit disulfirame-alcool aussi bien que des injections simples de pyruvate de soude, alors qu'elles se montrent inefficaces dans la prévention des accidents liés à l'administration d'acétaldéhyde. Y a-t-il blocage de système enzymatique d'oxydoréduction ? Il faudrait admettre que celui-ci ne se produit qu'à la suite de la conjonction disulfirame-alcool, car si le T.E.T.D. seul était capable de le réaliser, il amènerait d'importantes perturbations dans tous les autres métabolismes qui comportent le stade d'acide pyruvique (celui des glucides notamment).

Quoi qu'il en soit, si ce composé ne se révèle pas dangereux, à la longue, chez le sujet normal, il aggrave indéniablement l'intoxication éthylique ce qui contrindique selon nous son emploi à petites doses chez un sujet continuant à boire

modérément quitte à s'accommoder fort bien de petites bouffées vasomotrices. Le principal danger à courir réside alors dans l'apparition d'un état confusionnel.

Interprétations. — Acquisition de réflexes conditionnés, à la faveur de nombreuses réactions fortes. L'idée de malaise est liée directement à l'acte de boire : c'est la « maladie par le verre d'alcool ».

— Interdiction simple, avec rappel à l'ordre en cas de défaillance : c'est « l'internement chimique ».

— Dégoût, non plus provoqué, mais obtenu d'emblée par le mécanisme biochimique de l'intolérance organique.

— Valeur psychodramatique de la première crise, enfin, qui pour Fouquet amène ce changement de climat nécessaire au début de la psychothérapie.

Conduite des cures. — Nous n'insisterons pas sur les multiples détails de posologie qui ont été publiés et dépendent de la conception qu'on se fait du traitement.

De même indications et contrindications, accidents et incidents ont abondamment été décrits par ailleurs, ce qui apparaît dans notre bibliographie.

Plus intéressant est le problème de la post-cure, c'est-à-dire de la réinsertion du buveur dans la société. Deux solutions sont à l'essai : appui d'assistantes sociales qui travaillent en liaison avec un service hospitalier ou un dispensaire antialcoolique, création de clubs d'anciens buveurs (alcoholic anonymous aux Etats-Unis, l'Entraide à Paris, l'Amicale de Vendéens et de dockers du Havre, A.I.D.E.S. à Lyon).

La cure libre n'est guère réalisée que par Aïtoff; elle a donné lieu à trop d'accidents et ne saurait en tout cas se montrer efficace que dans un milieu bien organisé tel la S.N.C.F. par exemple.

Voici donc les quelques considérations qu'il nous a paru intéressant de dévlopper avant d'étudier la question plus particère de l'alcoolisme dans la marine.

DEUXIEME PARTIE

APPLICATIONS PRATIQUES ET RESULTATS OBTENUS DANS LA MARINE

Avant même ce changement de climat à la faveur duquel des éthyliques de plus en plus nombreux viennent d'eux-mêmes demander à être débarrassés de ce vice qu'ils considèrent enfin comme une maladie et dont ils peuvent cesser d'avoir honte, les médecins militaires, qui furent parmi les premiers à exercer préventivement, un contrôle systématique au sein de vastes collectivités, avaient certes l'habitude de ne voir que trop de buveurs en présence desquels ils devaient se contenter, suivant leur tempérament, de formuler quelques bonnes paroles ou de proposer des sanctions; après quoi il ne leur restait plus qu'à attendre patiemment la polynévrite ou la cirrhose qui permettait au commandement de se débarrasser de l'indésirable.

Il n'en va plus tout à fait de même aujourd'hui, car, à une recrudescence certaine des ravages imputables à la boisson, correspondent des moyens d'action dont l'efficacité ouvre indubitablement des perspectives nouvelles.

L'alcoolisme dans les milieux militaires en général, maritimes en particulier. Empressons-nous de dire qu'il n'y est ni plus fréquent ni plus grave mais qu'il suit d'assez près les variations enregistrées par ailleurs, tant il est vrai que le marin, comme le soldat ou l'aviateur, ne boit qu'en ville dès qu'il peut bénéficier d'une permission. En fait, ceci n'est plus tellement vrai, car alors qu'il était autrefois interdit d'ouvrir un débit de boissons à proximité d'une formation militaire

quelconque, caserne ou dépôt, on assiste aujourd'hui à l'installation de bars à l'intérieur même de certaines unités. Si de tout temps les officiers ont pu disposer de quelque alcool, les sous-officiers, par contre, jusqu'à présent moins favorisés, manifestent en ce domaine de remarquables capacités d'organisation. On attend donc les mesures démagogiques qui permettront, sur place, de servir n'importe quoi aux hommes; déjà tel foyer enregistre une consommation de bière excessive; c'est celui précisément d'un hôpital... et les médecins n'y peuvent rien; enfin, il est fortement question d'augmenter la ration de vin qui passerait ainsi de 1, puis 2, à 3 quarts par jour. Cela ne paraît sans doute pas abusif, encore qu'il faudrait tenir compte de la qualité, pas toujours excellente, de ce gros rouge; seuls les marins risquent d'en souffrir quelque peu car en mer beaucoup bénéficient chaque jour d'une « double », qui n'est pas octroyée par le commandant, en buvant la part de leurs camarades malades.

Continuons à énumérer les éléments défavorables malheureusement inhérents à la vie militaire; ce serait donner crédit à une critique trop facile que de parler de l'oisiveté bien connue du soldat en temps de paix; l'entraînement par exemple constitue un facteur de beaucoup plus important, surtout chez des jeunes qui, initiés par les plus anciens, n'ont que trop tendance à s'affirmer ainsi, par bravade, à moins qu'ils ne cherchent à noyer le chagrin d'une première séparation; pour les marins, parmi lesquels nombreux sont les Bretons victimes d'une hérédité chargée, il existe en outre un écueil certain, celui des pays chauds; on boit énormément d'alcools souvent frelatés au cours de ces croisières lointaines, d'abord parce qu'on a soif, bien entendu, puis lorsqu'on ressent le mal du pays, parfois aussi pour soutenir sa réputation.

Les conséquences. — On est las de citer des chiffres. Bien sûr, cirrhoses et polynévrites font leur réapparition, et avec une fréquence sans cesse croissante. Au cours d'un rapatriement sanitaire sur 10 malades qui arrivent à Sainte-Anne,

5 sont dirigés sur le service de neuropsychiatrie et parmi ces derniers il y a 4 alcooliques chroniques.

Nous préférons nous en tenir à une impression plus subjective : certes, il est d'autant plus regrettable d'admettre la réalité de ces données que le milieu militaire, de par la sélection et l'encadrement des adultes jeunes qui le constituent, se devrait de rester indemne de tares analogues.

Le commandement, dont le point de vue n'est pas toujours celui du médecin, se préoccupe surtout de conserver des sous-officiers de valeur, formés au prix d'une spécialisation parfois longue et coûteuse et qui peu à peu risquent de devenir inutilisables.

C'est dire tout l'intérêt suscité par les nouvelles méthodes de cures médicamenteuses. N'ont-elles pas d'ores et déjà permis la récupération de plusieurs éthyliques notoires que tout semblait vouer à une déchéance certaine ?

Les possibilités de traitement. — Quand on explore les archives d'un hôpital maritime, tel celui de Toulon, à la recherche des malades dont l'alcool a pu motiver l'admission, on ne manque pas d'être frappé par le schéma suivant qui atteint presque à la rigueur d'une loi :

20 ans : matelot : ivresse.

30 ans : second-maître : imprégnation éthylique.

40 ans : maître : cirrhose, polynévrite ou crises de délirium à répétition.

Ainsi, tout au long de sa carrière le marin paie un tribut de plus en plus lourd à l'alcoolisme. Il ne faudrait pas en conclure à une sorte de fatalité et s'imaginer qu'on se contente de punir le matelot ivre, de réformer ou de mettre à la retraite le vieil officier marinier incurable.

Tous ceux qui ne se reconnaissent point encore malades n'en risquent pas moins de tomber entre les mains des

médecins à l'occasion d'une visite systématique d'embarquement, d'un tour de départ en campagne ou d'une demande de rengagement.

Il peut donc paraître heureux de se voir adresser, par les soins diligents de chefs compréhensifs, des buveurs pris de plus en plus au début de leur intoxication, partant encore rééducables. Mais ce sera là sous entendre un élément de contrainte qui peut nuire gravement à l'efficacité de la psychothérapie, sans compter l'éventualité assez fréquente d'une attitude de dissimulation pure et simple : l'hôpital apparaît alors comme un refuge pour celui qui, en instance de sanction, acceptera n'importe quel traitement pour bénéficier de trois semaines de tranquillité, quitte à recommencer aussi souvent que prudence le veut.

Ceci mis à part, reconnaissons que le milieu maritime est spécialement favorable à la poursuite de cures de dégoût provoqué; nous sommes là en accord complet avec la plupart des auteurs qui ont souligné à quel point les résultats lointains de toute désintoxication pouvaient être influencés par l'ambiance même du groupe dans lequel est appelé à vivre celui qui vient d'en bénéficier; dans le cadre d'une collectivité bien structurée l'ancien buveur se sent de plus épaulé, ce qui simplifie considérablement l'organisation de la post-cure.

En définitive, chaque alcoolique dépisté ou venu demander à être débarrassé de son vice peut être dirigé vers un des hôpitaux maritimes pourvus d'un service de neuropsychiatrie; le traitement lui sera alors appliqué avec toute la rigueur désirable, après quoi ce sujet, parfois fragilisé, obtiendra quelques jours de permission; puis ce sera une première tentative de réutilisation en service, sous couvert de distractions par périodes successives de la liste d'embarquement et du tour de départ en campagne; écarté ainsi de certaines des obligations de son métier, sous leur aspect le plus pénible, l'éthylique traité ne risque à aucun moment d'être perdu de vue; le médecin de son unité le suit et veille à ce qu'il retourne régulièrement aux con-

sultations de l'hôpital; au hasard d'une mutation la continuité de la cure n'est pas compromise et le traitement peut être poursuivi en liaison avec tout autre service compétent. Moyennant quoi, il arrive que l'intéressé retrouve ses aptitudes anciennes, ce qui lui permet de poursuivre sa carrière; sinon on ne lui pardonnera pas indéfiniment rechute sur rechute, c'est la raison pour laquelle sans doute nous n'avons jamais pu continuer à observer de malades en ayant présenté plus de deux; que les essais se révèlent donc défavorables et il n'y aura pas d'autre issue que la réforme ou la retraite sous leurs modalités les moins favorables. Si les experts savent se montrer compréhensifs, l'alcoolisme avéré lui-même, ne saurait encore être imputable au service.

Il paraît sans doute décevant d'abandonner de la sorte à leur triste destinée ceux pour lesquels on n'a rien pu faire; supposer qu'ils bénéficieront du changement de vie et seront pris en charge par d'autres confrères dissipe cette gêne.

A. — A l'Hôpital Maritime de Toulon

La psychothérapie. — Le médecin-chef du service de neuro-psychiatrie, M. Picard, conçoit la psychothérapie, dont il est appelé à user chaque jour, comme devant être « basée sur une étude de la psychogénèse de l'intoxication et sur des encouragements incessants à l'occasion des contacts conservés par le malade avec son médecin traitant ».

Un point particulier mérite d'être signalé, à savoir la possibilité pour celui qui exerce à l'hôpital, de jouer sur un double tableau : d'une part en faisant preuve de compréhension vis-à-vis de ce matelot trop souvent ivre dont l'attitude n'est que de révolte contre tant de contraintes extérieures, d'autre part en usant de menaces très précises, dans tous les cas où la faiblesse ne serait au contraire qu'un encouragement à persévérer.

De plus le médecin de marine est susceptible de ne pas s'en tenir à de simples conseils trop facilement prodigués : en

présence d'une forme d'alcoolisme qui n'est que « réactionnelle », il propose lui-même les changements d'affectation, voire même de spécialité, qui s'imposent.

Le conflit se révèle plus grave chez les vrais inadaptés à la vie militaire : ces derniers se rencontrent presqu'exclusivement parmi les jeunes, pour peu qu'ils soient à ranger dans la catégorie des instables ou des caractériels : recrutés... malgré eux, engagés... sur un coup de tête. Leur élimination, automatique après quelques expériences malheureuses, permet de résoudre le problème ; mais cessent-ils de boire pour autant ?

Ceci mis à part, on constate l'importance toute particulière qu'il peut y avoir à agir sur des ressorts aussi puissants que constituent pour un marin de métier l'intérêt professionnel, l'aptitude physique ou intellectuelle à tel ou tel poste, l'émulation, l'ambition enfin.

Par contre les méthode analytiques se trouvent généralement reléguées au second plan : est-ce admettre l'absence de tout comportement névrotique chez certains sujets au psychisme parfois assez rudimentaire et qui, en majorité, ne sont pas des intellectuels victimes de l'angoisse métaphysique ? Disons plutôt que l'insuffisance des moyens matériels et le manque de temps empêchent trop souvent encore de recourir à une simple « narco » qui peut-être serait libératrice.

En définitive, si la psychothérapie, quelle que soit la façon dont on la pratique, « reste l'élément essentiel du traitement », le recours aux adjuvants biologiques s'avère de plus en plus indispensable.

Les procédés biologiques. — Trois méthodes ont été successivement expérimentées à l'hôpital Sainte-Anne par M. Picard et ses collaborateurs.

I. **L'alcool glucosé hépatisé intra-veineux,** selon la technique de Lecoq et Bruel. Dès le second trimestre de 1949, plusieurs cures complètes ont été poursuivies, donnant lieu aux remarques suivantes :

L'injection de quantités aussi importantes d'un produit qui sclérose les parois veineuses, ne va pas sans présenter un certain nombre d'inconvénients. Outre la difficulté croissante des injections elles-mêmes, il suffit parfois d'un déplacement de l'aiguille ou de la rupture d'une veine de trop petit calibre pour entraîner la diffusion de l'alcool sous les téguments et la constitution d'un hématome. Les algies diverses qui en résultent vont à l'encontre de la psychothérapie complémentaire indispensable, et font que le malade refuse parfois la poursuite du traitement dont l'efficacité se trouve ainsi fort compromise.

Même après des cures parfaitement achevées, on n'a jamais obtenu de succès de longue durée.

La méthode devait donc être abandonnée au bout de quelques mois à peine.

II. **L'apomorphine,** suivant la technique de De Morsier et Feldmann. A la fin de l'année 1949, six traitements complets dont cinq de deux jours et un de trois jours ont été tentés.

M. Picard insiste lui aussi sur la spécificité de la méthode à l'égard du toxique habituel, ce qui permet autant de récidives que de substitutions possibles. De plus, il estime très préjudiciable « l'ambiance répugnante créée par cette longue succession de nausées, de hoquets et de vomissements », résultat certes contraire à tous les principes de la psychothérapie; « un vrai psychiatre, qui, pour arracher son malade à la déchéance de l'alcoolisme cherche à lui rappeler sa dignité, se refuse en définitive à l'amoindrir même pendant quelques heures ».

De fait, à l'issue de ces six cures, quatre des sujets traités ont été immédiatement perdus de vue, un cinquième a rechuté de façon certaine et le sixième seul paraît devoir être considéré comme guéri après un nouveau recours à l'apomorphine... et menace de réforme.

III. **L'antabus,** ou procédé des auteurs danois Jacobsen, Hald et Martensen Larsen.

Devant la déception causée par les méthodes précédentes, on s'est tourné, au début de 1950, vers l'emploi du T.E.T.D. qui, d'emblée, sembla autoriser de grands espoirs.

a) **Période d'essais prudents,** de mars à septembre 1950. Des accidents ayant été signalés de très bonne heure dans la littérature médicale, ces premières tentatives ne se firent que sur une vingtaine de sujets soigneusement sélectionnés. Nombreuses étaient alors les contre-indications puisqu'elles s'étendaient à tous les troubles fonctionnels simples pour peu qu'ils paraissent irréversibles.

Le T.E.T.D. se donnait à raison de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour, sous forme de cachets ou comprimés dosés à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 suivant les spécialités. La cure était précédée d'une période de sevrage de quatre jours en moyenne et comportait au moins deux essais de sensibilisation pratiqués au cinquième et au dixième jour à l'aide de 18 cl. de vin rouge. Après quoi, l'intéressé pouvait quitter l'hôpital, à la condition de persévérer dans la bonne voie en prenant 0 gr. 50 de la drogue chaque matin et de revenir en consultation au bout de trois semaines.

Moyennant tant de précautions il n'y eut jamais à enregistrer d'accidents et les incidents, outre d'inévitables réactions trop fortes, se réduisirent à des périodes d'asthénie sans gravité, mais suffisamment pénibles pour compromettre le succès de l'entreprise.

b) **Période d'extension des indications,** depuis septembre 1950. A ce moment, M. Liabot, assistant du service, eut l'idée de prescrire au début de chaque cure des complexes vitaminiques du groupe B, à titre prophylactique et de façon à éviter ces états de fatigabilité extrême si malencontreux; il utilisait de préférence un produit injectable à base de nicotinamide, d'adénine, de glucose et d'extraits hépatiques, se référant par

là à l'opinion de Lecoq selon laquelle les vitamines B_3 et B_4 joueraient un rôle primordial dans le métabolisme de l'alcool et seraient susceptibles, par leur carence, d'expliquer les perturbations observées chez les éthyliques chroniques.

Mais les malades ainsi traités cessèrent brusquement de présenter la moindre réaction au moment des premiers essais de sensibilisation au vin ; « l'aversion conditionnée » ne se produisait plus, ce qui ne manquait pas d'être assez fâcheux et de remettre en question l'efficacité même de l'emploi récent encore du T.E.T.D. C'est alors qu'on se souvint d'une communication de Lecoq à l'Académie des Sciences sur la correction des excès d'activité de l'antabus précisément par le couple nicotinamide adénine, la diminution, voire même la suppression des inconvénients du produit grâce à ce complexe, et M. Picard, loin de renoncer à la poursuite d'essais qui n'étaient décevants qu'en apparence, vit au contraire tout le parti qu'on pourrait tirer d'une neutralisation partielle des effets toxiques de la réaction disulfirame-alcool. Ne suffisait-il pas pour cela de diminuer les doses quotidiennement injectées de vitamines B_3 et B_4 ? On devait ainsi commencer à étendre le bénéfice de la cure à des alcooliques dont le bilan biologique, trop mauvais, les aurait fait systématiquement écartér avant cette époque.

La technique allait d'ailleurs se trouver considérablement simplifiée grâce à M. Chareton, pharmacien, licencié ès-sciences directeur d'un grand laboratoire, qui, intéressé par ces résultats, proposa de faire préparer dans ses établissements, des cachets contenant à la fois le disulfure de tétraéthyl thiurame et une association de vitamines, extraits hépatiques et glucose.

Ces combinaisons, qui en définitive, ne furent pas spécialisées, réunissaient à des quantités dégressives de T.E.T.D. des proportions variables de nicotinamide et d'adénine ; on aboutissait donc à cinq formules désignées par les lettres A.B.C.D. et E. qui permettaient de corriger plus ou moins l'action de l'antabus au moment où cela paraissait le plus opportun ; la théra-

peutique se trouvait ainsi adaptée très étroitement à l'état du malade, en tenant compte par ailleurs des réactions individuelles toujours imprévisibles du fait d'une idiosyncrasie avec laquelle il faut bien compter.

Par la suite, M. Chareton devait ne plus fournir que des comprimés dont la formule unique était cependant étudiée de façon à autoriser quelques nuances de traitement par le simple fractionnement des doses.

Nouvelle déception, le produit se révélant aux essais totalement inactif. Mais il ne s'agissait là que d'un défaut de préparation lié à la qualité du véhicule choisi et auquel on remédia aisément. L'hypothèse selon laquelle l'absence de résorption intestinale seule pouvait être incriminée fut au surplus confirmée par des expériences de solubilité comparée « in vitro » que M. Liabot fit réaliser à l'hôpital de Sidi-Abdallah en partant de deux échantillons différents.

Le complexe utilisé depuis — et qui nous a toujours donné la plus entière satisfaction — existe aujourd'hui en tant que spécialité dont le nom rappelle à peu près la composition. Celle-ci s'établit comme suit :

Tétra éthyl thiurame disulfure : 50 centigr.

Nicotinamide : 0 gr. 0003.

Adénine : 0 gr. 0005.

Extrait hépatique : 0 gr. 001.

Pour un comprimé divisible.

— Ainsi nous avons cessé d'observer, au cours de nos tentatives de désintoxication, ces malaises plus ou moins prolongés et capables de « neutraliser le sentiment habituel d'euphorie progressive éprouvé par le sujet », tout en obtenant des réactions de conditionnement d'intensité contrôlable.

— Comment justifier cette méthode sur le plan théorique ? Sans tenir compte du rôle des extraits hépatiques dont l'effica-

cité par la voie digestive se révèle des plus hypothétiques. Nous pensons que les vitamines B_3 et B_4, éléments constitutifs essentiels des codéhydrases I et II de Warburg, rappelons-le, sont particulièrement désignées pour intervenir ici.

1° En corrigeant dans les humeurs les troubles métaboliques consécutifs à la privation brusque d'alcool.

2° En neutralisant la toxicité propre de l'antabus.

3° En atténuant les répercussions du conflit antabus-alcool grâce à l'activation des processus d'oxydoréduction. Ceci peut paraître paradoxal. Parce qu'enfin l'emploi de l'antabus se fonde précisément sur le fait que ce corps est susceptible de provoquer des réactions désagréables génératrices de réflexes conditionnés ou d'une « vigilance permanente » de l'organisme. Il faut ne voir dans le T.E.T.D. qu'un facteur aggravant de l'intoxication alcoolique pour désirer, avec Lecoq, en minimiser à l'extrême les effets. A ce moment, la logique même du « primum non nocere » voudrait que l'on cessât d'avoir recours à ce produit plutôt que de s'appliquer à en masquer tant bien que mal les seules manifestations par lesquelles il peut se montrer efficace.

D'autre part, si l'on ne tient qu'à diminuer l'intensité de réactions trop fortes jugées périlleuses, ne serait-il pas infiniment plus simple de restreindre les doses soit de disulfirame, soit d'alcool ?

En réalité, l'expérience des cures poursuivies à Sainte-Anne nous a permis de constater qu'un tel « tamponnement » du T.E.T.D. n'atténue pas tant les épreuves de conditionnement qu'il ne les modifie en évitant l'inconvénient majeur de les voir se prolonger de façon dangereuse. Si l'on admet que le « mal rouge » classique est dû à l'accumulation dans le sang d'acide pyruvique et autres produits intermédiaires du catabolisme éthylique perturbé, dont les vitamines B_3 et B_4 n'entravent pas la formation, mais facilitent l'élimination en les dégradant et en se révélant ainsi protectrices des parenchymes hépatique et

rénal, on comprend que nicotinamide et adénine n'interviennent que secondairement pour rectifier des troubles peut-être nécessaires mais qui ne sauraient durer sans risques graves de surintoxication en profondeur. Tout se passe en somme comme si l'on introduisait en même temps le poison et l'antidote, à la faveur d'un décalage d'action grâce auquel ce geste cesse d'encourir le reproche d'une totale absurdité.

Actuellement. — Aucun traitement n'est jamais entrepris sans hospitalisation préalable. Celle-ci se révèle en effet indispensable à un triple point de vue :

1° En permettant de soustraire le malade à son milieu habituel, même si ce séjour dans un service ouvert ne doit pas être « vécu comme une déculpabilisation » au sens où l'entend Fouquet.

2° En facilitant la mise en train de tous les examens complémentaires jugés nécessaires.

3° En autorisant une surveillance de tous les instants au cours des premières réactions provoquées.

Ainsi, depuis deux ans, il ne se passe guère de semaine sans qu'entre dans le service au moins un alcoolique susceptible de recevoir « le remède nouveau ». Comme on les garde environ une quinzaine de jours, il y en a en moyenne deux qui, soit en observation, soit en cours de cure, assurent une sorte de permanence. Ce roulement permet au personnel infirmier de se montrer parfaitement au courant de la conduite à tenir dans chaque cas et une telle routine présente plus d'avantages que d'inconvénients car, dans un service aussi surchargé, il s'agit souvent de gagner du temps; d'autre part, le buveur, qui ne tient pas tellement à constituer une exception, se sent de la sorte entraîné dans la même filière que celle où ont passé beaucoup de ses camarades aujourd'hui guéris.

Examen préalable du malade. — Il permet d'apprécier le

degré d'imprégnation de l'intéressé, la nature réversible ou irréversible de ses lésions.

Nous commençons par soumettre le sujet à un bilan général; d'abord appareil pleuropulmonaire, avec radioscopie ou radiographie et éventuellement analyse de crachats. C'est que « nous considérons les lésions pulmonaires suspectes comme des contre-indications formelles de la cure dont l'action vasodilatatrice pourrait constituer un véritable coup de fouet évolutif ». Ensuite cœur : pouls et tension artérielle; foie : recherche d'un état précirrhotique ou d'une ascite éventuelle; appareil génito-urinaire.

Ces investigations sont complétées par un examen neuropsychiatrique approfondi au cours duquel nous recherchons systématiquement l'existence de troubles polynévritiques ou d'un appoint onirique (syndromes de Korsakoff, de Klippel).

Nous demandons alors obligatoirement un fond d'œil pour dépister une éventuelle névrite rétro-bulbaire, ou toute autre lésion (vasculaire par exemple).

Nous complétons enfin cet examen clinique par une série de recherches de laboratoire élémentaires; spécialement, dans le sang : glycémie, azotémie, sérologie; dans les urines : sucre et albumine, dosage de l'urée.

Il ne reste plus qu'à aborder toute une suite d'épreuves biologiques auxquelles nous accordons une valeur primordiale car elles nous permettent de juger de la valeur fonctionnelle des parenchymes hépatique et rénal, c'est-à-dire en définitive de préciser encore les contre-indications ou de varier les modalités du traitement.

Examens biologiques statiques tout d'abord : bilirubinémie, recherche dans les urines de sels et pigments biliaires, rapport azoturique et coefficient de Maillard.

Epreuves biologiques dynamiques ensuite : phénolsulfone phtaléine, galactosurie et hippuricurie provoquées.

Clavier sérologique enfin, tests de Mac Legan, de Hanger, de Takata-Gros, de Wunderley, de Weltmann, plasma formol gel.

Contre-indications. — Sont à éliminer d'emblée les bacillaires, les syphilitiques, les grands hypertendus et les urémiques, les ascitiques. En ce qui concerne les troubles fonctionnels, nous nous montrons beaucoup plus larges depuis l'apparition du T.E.T.D.B_3B_4, tenant compte par ailleurs d'une réelle possibilité d'améliorer le tableau clinique grâce au traitement préliminaire intensif.

Désintoxication préalable. — L'alcool glucosé hépatisé intra-veineux n'est que très rarement utilisé.

Par contre, on a presque systématiquement recours à la strychnine suivant la technique des doses, d'abord progressives, puis décroissantes. Cette méthode de base comporte aujourd'hui l'association de vitamines du groupe B, soit isolées, soit groupées en complexes divers dont les noms sont les plus variés suivant les spécialités.

Bien entendu, cela n'exclut nullement l'emploi d'extraits hépatiques et de substances protectrices telle que la méthionine, de remèdes particuliers à chaque état et de médications tonique ou sédative en général.

Conduite de la cure. — Le sujet sevré de tout alcool depuis 4 jours en moyenne s'entend donner les raisons de cette suppression de sa ration de vin. Il faudrait ne commencer à lui administrer les comprimés de T.E.T.D. que lorsqu'il a bien compris le but du traitement.

La posologie est extrêmement simple : 1 gr. de produit actif par jour à prendre sous forme de 2 comprimés le matin au réveil.

M. Picard préfère démarrer au T.E.T.D. pur, de façon à obtenir une première réaction nette, ne réservant le T.E.T.D. B_3B_4 qu'aux cas les plus défavorables.

Une épreuve de conditionnement est généralement tentée dès le quatrième jour. Pratiquée plus tôt elle risque d'être trop faible, plus tard elle tend à devenir forte. Nous observons des crises de « mal rouge » typique, mais sans tendance secondaire au collapsus avec toutes les manifestations si alarmantes de la « phase blanche ». Parfois, il ne s'agit que d'une sorte d'« orage neuro-végétatif » à symptomatologie des plus polymorphes. Une lipothymie immédiate doit faire suspecter un élément psychique surajouté tandis qu'un malaise retardé survenant sous forme de nausées et de vomissements peut amener à redouter une intolérance organique chez tel malade plus débilité qu'il ne le paraissait.

Etant donné que l'intéressé quitte souvent le service le jour même où ce test disulfirame-alcool a été reconnu positif, nous admettons bien volontiers qu'il ne peut y avoir là acquisition d'un réflexe conditionné, mais plutôt avertissement. Par ailleurs, M. Picard souligne que très souvent le sujet trouve aussitôt un mauvais goût au vin, soupçonnant les infirmiers de l'avoir frelaté. Tel autre est en même temps rebuté par le tabac.

Contrôle ultérieur. — La première consultation doit avoir lieu au bout de trois semaines, les autres chaque mois environ, ou à l'occasion de toute difficulté. Elles n'ont pas pour but de provoquer des réactions « de rappel », mais simplement d'interroger l'ancien malade sur ses habitudes actuelles et de contrôler ses assertions par un examen physique rapide.

La prescription de T.E.T.D.B_3B_1 à doses décroissantes finit par n'être plus qu'un prétexte à des contacts successifs nécessaires pour poursuivre la psychothérapie et exploiter ainsi au maximum les effets de la cure.

Il est absolument remarquable de constater la fidélité avec laquelle dans les cas les plus favorables, d'anciens désintoxiqués viennent témoigner à leur médecin une reconnaissance exubérante, le consultant à tout propos et s'en remettant à lui pour toute décision importante. Nous savons par exemple que

celui-ci vient d'entreprendre lui-même de construire sa maison : il ne risque pas de rechuter de sitôt.

Autre élément important du pronostic : l'ambiance familiale et la valeur de l'épouse qui joue le rôle « d'ange gardien » veillant à la prise régulière du médicament même si le malade coopère à son traitement. Il est presque plus important de rester en relation avec un membre de la famille, qu'avec le médecin du bord et, par son intermédiaire, le chef de service. Quant aux solitaires, ils ont si peu de chances de guérison que certains n'entreprennent même pas de les traiter.

Fin du traitement. — Les rechutes se situant le plus souvent vers le 6e mois, il est nécessaire de franchir ce cap. Certaines cures ont été interrompues au bout de 10 mois ou un an. Mais dans les cas douteux, il n'y a aucun inconvénient à continuer bien au-delà, au besoin après une période de repos, les phénomènes toxiques étant minimes et les risques de constitution d'une toxicomanie nouvelle au T.E.T.D. ne s'étant pas vérifiés.

Rechutes. — Il faut distinguer les rechutes vraies par arrêt du traitement, avoué ou dissimulé, et les rechutes involontaires par ignorance. Certains, ne réalisant pas la portée de leurs actes, continuent à boire au foyer de l'hôpital pendant la cure, d'autres s'imaginent pouvoir se remettre progressivement à la bière en été. Parfois, c'est une ivresse brutale et inopinée qui a la signification d'une révolte, ou bien la mésaventure banale de celui qui, en toute innocence, consomme une pâtisserie à base de rhum.

Incidents et accidents. — Moyennant tant de précautions énumérée ci-dessus et que d'aucuns jugeront très superflues, nous n'avons jamais eu à enregistrer d'autres incidents que quelques réactions plus dramatiques. Une crise de mal thiuramique vrai a pu se déclarer chez un sujet en cours de cure à Tunis à la suite d'une friction intempestive d'eau de Cologne.

Quant aux accidents nous n'en déplorons aucun malgré

l'application du traitement à des malades dont l'état se révélait assez précaire; l'un deux avait eu une rétinite hémorragique, plusieurs étaient épileptiques. Signalons en Tunisie encore, une tentative de suicide au T.E.T.D. plus alcool.

Résultats.

Voici quelques observations choisies parmi les plus caractéristiques; elles illustreront les trois cas habituellement rencontrés, depuis le plus fâcheux (celui du buveur invétéré ne pouvant bénéficier de la cure) jusqu'au plus favorable (celui de l'alcoolique modéré admis d'emblée à en bénéficier), en passant par le plus encouragent selon nous (celui du sujet à la limite, mais traité cependant grâce à l'emploi de composés moins toxiques).

OBSERVATIONS

Observation nº 1.

Ker... Pierre, maître mécanicien, âgé de 39 ans, célibataire, entre dans le service le 11 février 1952 pour état pré-délirant.

Il n'en est pas à sa première hospitalisation et son dossier chargé peut se résumer comme suit :

A 22 ans, parathyphoïde B.

A 27 ans, polynévrite des membres inférieurs.

A 38 ans, imprégnation éthylique marquée, les signes de défaillance hépatique venant se surajouter aux séquelles de la polynévrite. Cependant, on enregistre les résultats de laboratoire que voici.

Galactosurie provoquée, élimination de 5 gr. 10 dans le premier échantillon seulement.

Mac Lagan : 7.

Hanger + + +.

Takata +—.

La consommation d'alcool avouée est de 3/4 de litre de vin par jour, plus 2 litres de bière et quelques apéritifs de temps à autre.

A 39 ans, rechute de polynévrite et début de cirrhose type Laennec; il y a en même temps une légère dyscrhomatopsie et altération du fond d'œil (hyperhémie papillaire).

Enfin, alors que tant bien que mal consolidé, il avait repris son service, c'est au bout de 6 mois à peine que nous le voyons revenir, toujours aggravé.

Le lendemain même de sa dernière entrée à l'hôpital, un dosage d'alcool dans le sang ayant révélé un taux de 0,4 p. 1000, il commence un délirium tremens typique. Pendant près de 4 jours, il s'imaginera être dans la machine du « Gustave-Zédé », préparant l'appareillage et s'affairant tout particulièrement devant les robinets du lavabo. Il a alors une urée sanguine à 0,45 p. 1000, 10 gr. d'urée par litre d'urine, un coefficient de Maillard à 0,09. Les lésions du fond d'œil n'ont pas évolué.

Après guérison de cet épisode aigu, étant donné la senescence précoce du sujet, la baisse progressive de sa valeur professionnelle, il ne restait plus qu'à le mettre en réforme définitive n° 2 avec retraite proportionnelle.

OBSERVATION N° 2.

Pri... Jean, quartier-maître torpilleur, âgé de 32 ans, célibataire, rapatrié d'Indochine en mai 1950 pour éthylisme (délire aigu alcoolique fin mars 1950 à l'hôpital de Haïphong). Hérédo-alcoolisme. Trémulations généralisées, mouvements brusques et maladroits, important éréthisme neuro-musculaire avec grande hyperréflectivité, flèche de matité hépatique de 15 cm., importants troubles amnésiques.

Epreuves biologiques et examens divers :

Sérologie négative, urée sanguine, 0 gr. 50.
Numération globulaire : G.R. : 5.088.000; G.B. : 11.200.

Formule leucocytaire; poly neutro : 46 %; poly éosino : 2 %; poly baso : 0 %; lympho : 48 %; mono : 4 %

Taux d'hb. : 95 %; bilirubinémie : 10 mm/g p. 1.000.

Urines : urée, 18 gr. 5 par litre; albumine : traces; sucre : néant; coefficient de Maillard : 0,067; rapport azoturique : 0,24; sels et pigments biliaires : néant; P.S.P. : 1er prélèvement : 12 cc., élimination 20 %; 2e prélèvement : 90 cc., élimination 40 %.

Galactosurie provoquée :

1er échantillon : 76 cc. 3 g. p. 100.

2e échantillon : 70 cc., néant.

3e échantillon : 140 cc., néant.

4e échantillon : 20 cc., néant.

Hippuricurie provoquée : élimination totale de 1 gr. 322.

Clavier sérologique :

Mac Lagan : + 18.

Wunderley : 0.

Weltmann : + + + + 0.

Takata : + + 1.

Formolgel : viscosité augmentée.

En présence de ce mauvais bilan, on n'a pas voulu courir les risques d'une cure d'antabus se contentant de proposer l'intéressé pour les permissions de fin de campagne auxquelles il avait droit, après lui avoir prodigué des conseils de tempérance.

Ainsi, après avoir renoncé en juillet 1950 à désintoxiquer ce Q.-M., les auteurs très contents des premiers résultats obtenus depuis trois mois grâce aux associations vitaminiques, l'ont repris en décembre 1950 à son retour de permission et l'ont fait bénéficier d'un traitement conduit conformément à ces données nouvelles : cure préparatoire au sulfate de strychnine injectable, 5 mgr. par jour pendant une semaine, puis 0 gr. 50 d'antabus par jour la semaine suivante, avec injection quotidienne de 25 milligr. de bévitine; après des épreuves de sensibilisation très concluantes, le 4e et le 5e jour, le malade quitte le service avec prescription de

T.E.T.P. « tamponné », formule E, pendant 3 semaines, un comprimé par jour. Les trois semaines suivantes, prescription du même produit, formule D, un comprimé chaque matin.

Ce quartier-maître a été revu pendant quelques jours à l'occasion d'un épisode grippal bénin qui n'a pas nécessité l'interruption de la cure. P... est transformé, il n'a plus de subictère conjonctival, les varicosités de ses pommettes ont disparu, il n'est plus tremulant et prétend éprouver une véritable euphorie car « il se sent, dit-il, un autre homme ». On lui prescrit du T.E.T.D. suivant la formule C : par jour 1 cachet pendant un mois, ce qui sera vraisemblablement le dernier palier de cure. De fait, en mars 1951, le traitement est considéré comme terminé avec succès.

Observation n° 3.

Ray... Joseph, gardien de la paix, âgé de 39 ans, marié et père de deux enfants, entre à l'hôpital Saint-Anne en février 1952 pour « asthénie » et « signes nerveux d'imprégnation éthylique ».

Depuis quelques mois déjà il maigrissait et faisait preuve d'une nervosité excessive.

Puis un épisode d'abord étiqueté grippal se termine par un ictère qui guérit en une dizaine de jours. Mais le malade se souvient fort bien avoir alors déliré pendant 48 heures au moins, tenant des propos incohérents, et croyant apercevoir, tant la nuit sous forme de cauchemars, que le jour sous forme d'hallucinations, des animaux répugnants (araignées descendant du plafond par exemple).

L'état général est assez bon, le tremblement digital reste des plus discrets et il n'y a que quelques fibrillations au niveau des paupières, alors que l'instabilité motrice se révèle considérable avec des gestes d'une brusquerie explosive, un débit verbal extrêmement rapide accompagné de tics plutôt que d'une mimique très expressive.

La consommation d'alcool avouée se situe aux alentours de 3 litres de vin rouge par jour, à l'exclusion de toute autre bois-

son : 1 litre à chaque repas et 1 litre dans les bars au cours de l'après-midi. Comme motivation invoquée, un penchant naturel d'abord, puis l'habitude et enfin l'entraînement par les camarades. Mais se rendant compte du danger qu'il encourt, ainsi que des multiples inconvénients qui peuvent en résulter aussi bien au point de vue familial que professionnel, cet agent de police, bien conseillé par son médecin traitant, vient spontanément demander la cure de dégoût.

Les différents examens de laboratoire pratiqués sont les suivants :

Urines : urée, 11 gr. p. 1.000; albumine et glucose, pigments et sels biliaires : néant; rapport azoturique : 0,70; coefficient de Maillard : 0,12.

P.S.P. : premier prélèvement : élimination, 30 %; second prélèvement : 25 %.

Hippuricurie provoquée : 1er échantillon : 0,471.

2e échantillon : 0,787.

3e *échantillon* : 0,923.

4e échantillon : traces.

Total : 2 gr. 182.

Sang : urée, 0,30 p. 1.000; bilirubine, 0,004 p. 1.000.

Réactions :

Mac Lagan : 37.

Wunderley : +.

Weltmann : + + + +.

Takata : + + +.

Hanger : + +.

Sérum formolgel : 0.

Devant un tel tableau, le traitement est immédiatement entrepris et après 4 jours de sevrage intégral, on commence à donner 2 comprimés de T.E.T.D. chaque matin.

Le troisième jour, l'obtention d'une bonne réaction de conditionnement permet à Ray... de quitter le service; il devra revenir en

consultation au bout de trois semaines environ. Nous l'avons effectivement revu et il y a tout lieu de considérer que son abstinence s'est maintenue depuis.

Quant aux résultats globaux, ils s'établissent comme suit :

En deux ans, de juin 1950 à juin 1952, sur quelque 220 alcooliques ayant, pour une raison ou pour une autre, passé par le service de neuropsychatrie de l'hôpital Saint-Anne, soit en consultation simple (une quinzaine), soit parce que devant être hospitalisés (205 environ, dont 165 marins et ouvriers d'arsenaux, 40 ayants droit divers) :

72 ont été traités par l'antabus de façon telle que nous possédions encore suffisamment de renseignements à leur sujet pour nous permettre de rapporter leur cas avec quelque exactitude.

Le nombre total des désintoxiqués est sans doute beaucoup plus grand, mais des difficultés de secrétariat nous ont empêché de retrouver chaque fois leur trace.

Nous avons donc préféré nous limiter plutôt que de nous baser sur des données erronnées.

Les 62 observations que nous mentionnons ici, avec plus ou moins de détails, peuvent être classées de la façon suivante :

MARINS (matelots, quartiers-maîtres et officiers mariniers) et OUVRIERS D'ARSENAUX (ouvriers réglementés et ouvriers temporaires).

Nom	Age et situation de famille	Grade et Spécialité	Facteur Psychique	Facteur toxique	Conduite de la cure	Sortie de l'hôpital	Dernier contact	Nombre de consultations	Rechutes suivies de reprise du traitement	Résultat
Ma	37 ans	O. R.	Œnilisme d'entraînem.	Imprégnat.	T. E. T. D. 6 jours	Juin 1950	0	0	0	Douteux
Spa	45 ans 13 enfants	O. R.	Œnilisme habituel	Imprégnat.	T. E. T. D. 4 jours	Juillet 1950	Août 1951	10	1 en janv. 51	Excellent
Mal	30 ans marié	S. M. méc.	Entraînem.	Rétinite hémorragique. Atteinte fonct. hépat.	T. E. T. D. 3 jours	Août 1950	Sept. 1950	1	1 en sept. 50	Mauvais
Gel.	37 ans 3 enfants	S. M. méc.	Psychasthén chez un imprégné bacillaire et traumatisé crânien	Etat dépress. av. troubles mnésiques	T. E. T. D. 5 jours	Octobre 1950	Juillet 1951	4	0	Moyen

Tes...	29 ans Epouse étrangère 1 enfant	S. M. électr.	Psychasthén	Petite insuffisance hépatique	T. E. T. D. 4 jours	Octobre 1950	Novembre 51	6	D. T. en mars 1951	Moyen
Bri...	29 ans 1 enfant	S. M. canon.	Dépaysem.	Crises épileptiques	T. E. T. D. 4 jours	Juin 1951	Février 1952	5	0	Excellent
Mu...	45 ans 3 enfants	O. R.	Difficultés d'ordre familial	Imprégnat.	T. E. T. D. 1 gr. 3 jours puis 0 gr. 50	Décembre 51	Mai 1952	12	1 en mai 51	Moyen
Th....	30 ans marié	Q. M. canon.	Soif	Mauvais bilan fonctionnel hépato-rénal	T. E. T. D. 5 jours	Janvier 1951	Juillet 1951	2	0	Excellent
Gar..	42 ans 1 enfant	M. mécan.	Dépaysem.	D. T. Cirrhose	T. E. T. D. 5 jours	Mars 1951	Avril 1951	2	0	Excellent
Eng..	32 ans 1 enfant	S. M. électr.	Hyper-émotivité	Gros foie	T. E. T. D. 5 jours	Mars 1951	Mai 1951	3	0	Excellent
Ker...	30 ans	Q. M.	Dépression	Bacillose ancienne Mauvais EG	T. E. T. D. 5 jours	Avril 1951	Avril 1952	9	2 en août 51 et mars 52	Mauvais
Le Bi	47 ans 2 enfants	O. R.	Œnilisme par habitude	Imprégnat. discrète	T. E. T. D. 5 jours	Mai 1951	Décembre 51	6	0	Excellent

Her...	37 ans 2 enfants	M. mécan.	Entraînem.	Troubles hépato-digestifs	T. E. T. D. 4 jours	Juillet 1952	0	0	0	Douteux
Hen..	22 ans	Q. M. inf.	Habitude contractée en Indoch.	D. T.	TETDB3B4 8 jours	Octobre 1951	Janvier 1952	1	Pendant la cure même	Mauvais
Ker...	27 ans	Q. M. arm.	Aboulie	Déficit global des facultés ment.	T. E. T. D. 5 jours	Octobre 1951	0	0	Pendant la cure même	Mauvais
L'Hos	37 ans	S. M. man.	Déboires conjugaux	EG déficient	T. E. T. D. 5 jours	Novembre 51	Juillet 1952	4	1 en juill. 52	Moyen
Gu...	45 ans 4 enfants	O. R.	Suggestibil.	R.A.S. (cure s. demande)	T. E. T. D. 5 jours	Novembre 51	0	1	0	Excellent
Leu..	40 ans	P. M. man.	Ennui	Troubles digestifs	T. E. T. D. 4 jours	Novembre 51	0	0	0	Douteux
Le Be	32 ans	Q. M. fourr.	Isolement	Spécificité ancienne Asthénie	TETDB3B4 3 jours	Novembre 51	0	0	0	Douteux
Mas..	49 ans div. 1 enfant	O. R.	Psychisme très fruste	Polynévrite D. T.	T. E. T. D. 5 jours	Janvier 1952	Avril 1952	1	0	Excellent
Der..	43 ans divorcé 2 enfants	O. R.	Situation conflictuelle	Imprégnat.	TETDB3B4 3 jours	Novembre 51	Janvier 52	1	0	Moyen
M....	35 ans 1 enfant	S. M. man.	Accoutum.	Imprégnat. Episode hal lucinatoire	T. E. T. D. 6 jours	Février 1952	Mars 52	1	0	Excellent

Bia...	38 ans 2 enfants	S. M. secrét.	Impulsivité	Episodes confusionn.	T. E. T. D. 3 jours	Mars 1951	0	0	0	Douteux
Le Fl	31 ans	Q. M. chauf.	Désœuvrem.	Imprégnat.	T. E. T. D. 4 jours	Septemb. 51	0	0	0	Excellent
Cl....	42 ans marié	M. fusilier	Débilité mentale	Sénescence précoce	T. E. T. D. 3 jours	Mars 1952	Mai 1952	1	0	Moyen
Gail.	29 ans	S.M. mécan.	Autisme	Imprégnat	T. E. T. D. 3 jours	Mars 1952	Juin 1952	1	0	Mauvais
Gué..	32 ans	S. M. fourr.	Etat de besoin	D. T.	T. E. T. D. 3 jours	Mars 1952	0	0	0	Excellent
Bru...	57 ans	O. T.	Solitude	Début de syndrome de Klippel	TETDB3B4 3 jours	Mars 1952	Mai 1952	1	1 en mai 52	Moyen
Cra..	45 ans	M. D. P.	Ancien spécifique traumatisé crânien	Ivresses furieuses av. tentatives de meurtre	TETDB3B4 4 jours	Avril 1952	Mai 1952	2	0	Douteux
Le Go	37 ans 4 enfants	P. M. électr.	Expansivité	Manifestations comitiales	T. E. T. D. 4 jours	Avril 1952	0	0	0	Douteux
Le Br	38 ans 1 enfant	S. M. fusil.	Entraînem.	Négligence en service	T. E. T. D. 3 jours	Avril 1952	Mai 1952	1	0	Moyen
Lu....	29 ans 1 enfant	S. M. armur.	Entraînem.	Imprégnat. marquée	TETDB3B4 5 jours	Juin 1952	0	0	0	Excellent

Divers (sujets dont nous ne possédons pas le dossier clinique mais qui reviennent en consultation): 15 cas. 8 résultats excellents, 4 moyens, 1 douteux, 2 mauvais.

Officiers : 5 cas, 3 résultats excellents, 1 douteux, 1 moyen mais très intéressant par le nombre de rechutes chaque fois suivie d'une reprise de traitement.

Autres ayants droit (troupes coloniales, art. 64, etc.) : 15 cas. 5 résultats excellents, 3 moyens, 4 douteux, 3 mauvais.

Femmes : 5 cas, 2 résultats excellents, 1 moyen, 1 douteux, 1 mauvais.

Total : sur 62 cas analysés, nous enregistrons donc : 30 résultats excellents, 17 moyens, 14 douteux, 11 mauvais.

Quelques explications :

La dose de T.E.T.D. étant toujours identique, nous nous bornons à mentionner le nombre de jours pendant lequel le patient a pris 1 gr. de T.E.T.D. avant l'obtention de la première crise typique.

Nous regrettons de ne pouvoir apprécier les résultats en nous basant sur des critères aussi rigoureux que M. Duchène qui, de façon très précise, tient compte du sevrage, des rechutes et du refus de traitement. Trop de nos malades ne sont perdus de vue que du fait d'un changement d'affectation et nous devrions les classer dans la catégorie des « douteux ». C'est pourquoi nous préférons nous en tenir à une interprétation plus subjective qui résulte de l'impression générale laissée par le sujet au cours de son traitement.

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes mais ne sauraient frapper au même titre que tel exemple particulier; il faut avoir

vu de ces résurrections spectaculaires pour comprendre toutes les satisfactions que peut éprouver le médecin lorsqu'un de ses anciens malades vient lui déclarer qu'il « entreprend une nouvelle vie » ou lorsqu'une épouse lui affirme : « Vous m'avez rendu mon mari ». Et, de fait, c'est souvent la ruine du ménage qui est évitée.

Ailleurs.

1) **A l'hôpital maritime de Sidi Abdallah,** Ferryville (Tunisie :

— Une vingtaine de cures à l'antabus ont été réalisées, sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements particuliers.

— Depuis qu'il dirige le service de neuropsychiatrie, M. Liahot n'a utilisé que le T.T.D.B_3B_1 ; en mars 1952, il avait achevé 24 traitements, enregistrant : 17 succès, 6 échecs, et ne perdant qu'un seul malade de vue, cela grâce à une sélection rigoureuse.

2) **A l'hôpital maritime de Brest :**

— Les résultats obtenus par M. Pasquet sont à paraître dans la revue de médecine navale.

3) **Dans les hôpitaux maritimes de Cherbourg, Lorient et Rochefort :**

— Il n'y existe pas de service plus particulièrement consacré à la neuropsychiatrie mais, sauf à Rochefort, les médecins y entreprennent avec succès des cures chez les nombreux éthyliques qu'ils ont à désintoxiquer.

CONCLUSIONS

Parvenus au terme de cet exposé que nous aurions désiré plus succinct, nous reconnaissons volontiers le grave défaut de trop de conceptions générales qui, du fait même de leur imprécision, ne sauraient rivaliser d'intérêt avec des données plus limitées, partant plus rigoureuses.

Mais nous avons cru devoir esquisser d'abord un tableau d'ensemble des réalités les plus significatives qui marquent la présence de l'alcoolisme dans le monde contemporain, cela à seule fin de montrer combien face à des problèmes d'une telle ampleur, il devenait nécessaire de réviser certaines conceptions thérapeutiques.

Pour n'étudier ensuite que les divers traitements possibles, nous avons tenté d'en établir les principes, d'après une notion un peu particulière des motivations psychologiques d'une part, qui consistent en une incapacité pour l'individu de s'affirmer normalement, et du syndrome humoral d'autre part, qui est fait avant tout d'acidose.

Alors que la psychothérapie sous toutes ses formes reste l'étape essentielle d'une cure complète, mais ne peut toujours se suffire à elle-même, alors que les différents procédés biologiques ne doivent être conçus que comme des adjuvants, l'association des deux méthodes permet sans contredit d'obtenir les meilleurs résultats.

Au cours de cette revue thérapeutique générale, nous avons accordé une place privilégiée à l'antabus, substance de condi-

tionnement ou d'interdiction, dont l'action s'explique par un blocage enzymatique générateur d'une importante élévation du taux d'acide pyruvique dans le sang et dont l'emploi doit être soumis à une série de conditions très rigoureuses aussi bien en milieu militaire que partout ailleurs : consentement du sujet, hospitalisation préalable, intégrité relative des fonctions hépatiques, contrôle ultérieur périodique enfin.

Dans le cadre de ces procédés nouveaux, nous espérons nous justifier aux yeux du lecteur, dont la patience aura souvent été mise à l'épreuve, en rapportant une interprétation des essais tentés depuis bientôt deux ans à l'hôpital Saint-Anne de Toulon. L'emploi presque systématique désormais d'un produit qui associe au T.E.T.D. les vitamines B_3 et B_4 ainsi que des extraits hépatiques se fonde sur la triple possibilité d'obtenir des réactions contrôlables, d'éviter des phénomènes secondaires tels que fatigue, somnolence, amnésie ou même anxiété et d'étendre notablement les indications de la cure.

Quant aux succès obtenus ainsi dans ce cadre privilégié que constitue la Marine, nous nous garderons bien de prétendre les mettre trop en valeur et plutôt que de citer encore des chiffres nécessairement inxacts, nous préférerons mentionner l'opinion très modérée de M. Picard dont l'expérience s'étend sur environ 150 cas traités ou suivis à distance : « Nous revoyons les trois quarts de nos malades et parmi ceux-ci les trois quarts doivent être considérés comme tirés d'affaire. »

En définitive, nous pourrons conclure à l'intérêt certain d'une technique qui, bien maniée, a fait désormais la preuve de son efficacité et de son inocuité. Ainsi, l'étendue des moyens qui sont à notre disposition pour traiter l'alcoolisme considéré comme une « maladie de la personne » nous inclinerait à beaucoup d'optimisme si nous ne nous rendions compte simultanément que sur le plan collectif la lutte reste très inégale. Tant que les économistes jugeront que « le Français ne boit pas assez de vin » et tant que les législateurs n'adopteront pas des

mesures enfin cohérentes, l'alcool triomphera toujours et les médecins ne cesseront de jouer les Sisyphe. Car il est très difficile de rééduquer un buveur, mais très facile de le solliciter et aucun service d'hôpital ne parviendrait en un an à prendre en charge toutes les victimes du seul bar d'en face.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU : *Pour le Doyen.*
le 15 Juillet 1952,
L'Assesseur,
SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
DELMAS-MARSALET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 18 Juillet 1952.
Le Recteur,
G. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

AITOFF (V.). — Etudes anti-alcooliques (juill.-déc. 1948). Un nouveau traitement de l'alcoolisme. *Sem. des Hôp.*, 30 déc. 1949. Le Traitement de l'alcoolisme par l'antabus. Quelques résultats et quelques réflexions. *Sem. des Hôp.*, 10 mai 1951. Traitement de l'alcoolisme par l'antabus, *Progrès Méd.*, 52, pp. 11-12. Traitement de l'alcoolisme chronique.

ALBEZ (J.), ROGER (J.) et HAJJAR. — Soc. de méd. de Marseille, séance du 12 juin 1951. Désintoxication des alcooliques par le disulfure de tétraéthyl thiurame.

ASCH (W.-E.) et NAHONEY (J.-D.). — M. Soc., 1951, pp. 456-548 The of conditioned reflex ant antabuse in the therapy of alcoolism.

ASNUSSEN (E.), HALD (J.), JACOBSEN (E.) et JORGENSEN (G.) — *Acta pharmacol*, 1948, pp. 297-304. Etudes sur l'effet du T.T.D. et de l'alcool sur la respiration et la circulation chez l'homme normal.

ASNUSSEN (E.), HALD (J.) et LARSEN (V.) — *Acta pharmacol*, 1949, pp. 311-320. L'action pharmalogique de l'acétaldéhyde dans l'organisme humain.

AUBERTIN (E.) — *Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O.*, 1950, pp. 766-767. Les traitements actuels de l'alcoolisme chronique : l'antabus, la cure de dégoût.

BARBE (Y.) — Chimiothérapie de l'intoxication éthylique par le tétraéthyl thiurame disulfide. Thèse Bordeaux, 1951.

BAZY et VAUTHIER. — Rapport académie nationale de médecine, séance du 3 juill. 1951. Les cures de désintoxication alcoolique par le disulfure de T.E.T. en milieu cheminot.

BORGARELLO (G.) et FORTUNATO (L.) — *Minerva medica* (Turin), 1950,

pp. 945-947. Alcoolisme chronique : T.T.D. et son association à la caféine dans le traitement

Bour (H.) — Concours médical, Paris, 1950, pp. 245-250. L'alcoolisme et ses répercussions biologiques.

Boyd (E.-M.), Kingsmill (C.-J.) — *The american journal of the medical sciences.* Philadelphie, 1951, pp. 444-447. Rôle du foie dans la désintoxication par le T.T.D. (antabus).

Brown (C.-J.), Knoblock (E.-C.) — U.S. Armed forces M. J., 1951, pp. 191-202. Antabuse therapy in the Army. A preliminary report of fifty cases.

Bruel (L.) et Lecoq (R.) — *Siècle médical*, 1940, n° 315. — *La presse médicale*, 1941, p. 430. — *Journal des praticiens*, 1941, p. 430. — *Thérapie*, 1946, p. 222. — *Concours médical*, 1947, p. 2.172. — L'Homme et l'Alcool, Paris, 1946 (Dongles, édit.).

Burgos de Pablo (A.) — *Medicina clinica* (Barcelone), 1952, pp. 184-185. Possibilité d'utiliser l'antabus chez les alcooliques tuberculeux pulmonaires.

Carver (A.-E.) — *Brit. J. med. psych.*, 11, 1932 The psychology of alcoholism. *Brit. med. J. Londres*, 1949, pp. 466-468. Traitement des alcooliques par l'antabus.

Castillo (C.-R.), Pochat (R.), Uva (I.) — *Dia medico*, Buenos-Aires, 1951, pp. 145-152. El tratamiento del alcoolismo cronico por el antabuse.

Chauchard (P.), Mazoué (H.), Lecoq (R.) — C.R. de la Société de biologie 1943, p. 402, 1946, p. 279, 1949, p. 1.550. Les médications accélératrices de l'intoxication alcoolique.

Chevat et Merlen. — Société de médecine militaire française, 9 nov. 1950. Premiers résultats du traitement de l'alcoolisme par le T.T.D. (50 obs.).

Cilleul (M. des) — *Soc. de méd. milit.*, 11 oct. 1951. Des résultats d'une enquête sur l'alcoolisme dans les forces armées Commentaires et conclusions.

Dâire. — Thèse Lille, 1939. Utilisation du rhodanate de potassium dans la désintoxication des alcooliques.

Dale (P.-W.), Ebaugh (F.-G.) — *The journ. of the amer. med. ass.*, Chicago, 1951, pp. 314-319. Importance de la personnalité dans le traitement de l'alcoolisme par l'antabus.

Debrousse (J.-Y.). — S.H.P., 26 oct. 1950. L'examen syst. du F,O, dans le traitement de l'alcoolisme par le T.T.D.

Delay (J.), Pichot (P.), Thuillier (J.-P.). — *Ann. méd.-psych.*, 1949, p. 315. Mécanisme d'action de l'antabus dans le traitement de l'alcoolisme. *Ann. méd.-psych.*, p. 427. Progrès dans les chimiothérapies de l'alcoolisme. *P.M.*, 28 janv. 1950. Les nouvelles chimiothérapies de l'alcoolisme.

Delore (P.), Blanc (J.), Patton (F.), Mlle Chinot. — *Lyon méd.*, 14 oct. 1951. Sur le traitement des alcooliques par le T.T.D. en pratique hospitalière (dans un service de médecine générale).

Derot, Lagrue, Arthuys. — *G.M.F.* n° spécial, déc. 1951, p. 277. Traitements actuels de l'alcoolisme.

Feldmann (H.). — *Méd. et Hyg.*, Genève, 1950, pp. 383-384. Introduction aux traitements modernes de l'alcoolisme chronique : considérations biologiques, psychologiques et sociales. Contribution à la thérapeutique biologique de l'alcoolisme chronique. Traitement par l'apomorphine (Exp. scient. fr., Paris, 1951).

Fouquet (P.). — Congrès de psychiatrie, Paris, 20 sept. 1950. Etudes anti-alcoolique (juill.-août 1950), p. 49. Le syndrome alcoolique. *Evol. psych.*, 1951, pp. 231. Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme.

Furtado (D.), Chicorro (V.), et de Carvallo (O.) — *P.M.*, 1950, p. 795 : sur un cas de mort pendant le traitement par une médication antialcoolique (T.T.D.).

Gayral (L.-L.) — Soc. de méd. du travail de la région toulousaine, 28 oct. 1950. La réhabilitation professionnelle des alcooliques traités par le T.T.D.

Giscard (M.-P.) — Soc. méd. et anat. clin. de Lille. 27 avril 1950 : recrudescence des formes mentales de l'alcoolisme. — 28 juin 1950 : placement et traitement des alcooliques chroniques. — 27 juin 1951 : à propos du traitement de l'alcoolisme.

GUIOT (Janine). — Considérations sur les raisons psychologiques de l'alcoolisme. Thèse Bordeaux, 1951.

HALD (J.) et JACOBSEN (E.) — *Acta pharmacol. et toxicol.*, 1948, p. 305. *The Lancet*, 1948, pp. 1001-1004 : A drug sensitising the organism to ethyl alcoliol

HALD (J.) et LARSEN (V.). — *Acta pharmacol. et toxicol.*, 1949, pp. 292-297. Métabolisme de l'acétaldéhyde chez des lapins ayant reçu de l'antabus.

HALD (J.), JACOBSEN (E.) et LARSEN (V.) — *Acta pharmacol. et toxicol.*, 1948, p. 285. The sensitising effect of T.T.D. to ethyl alcohol. Ibid., 1949, pp. 298-208. Métabolisme de l'acétaldéhyde dans le foie isolé et la patte postérieure du lapin ayant reçu de l'antabus. *Arch. de m. pro. de méd. du travail*, 1949, pp. 232-235. *First intern congress of biochemistry*, Chambridge, 1949 (abstracte p. 6).

HALL (B.-A.) — *Psychanalytic review*, 1950, pp. 73-78. Obsessive compulsive features in a case of chronic alcoliolism.

HAMON, PARAIRE et VELLUZ. — Société de médecine militaire franç., 3 avril 1952. Note sur les cas d'alcoolisme neuropsychiques observés au Val de Grâce depuis 1947.

HINE (Ch.), ANDERSON (H.-H.), MACKLIN (E.-A.), BURBRIDGE (T.-N.), SIMON (A.) et BOWMAN (K.-M.) — *J. pharmacol.*, 1950, pp. 13-14. Quelques observations sur l'effet de petites doses d'alcool chez des patients recevant du T.T.D.

JACOBSEN (E.) — *Proc. of the royal soc. of med.* (Londres), 1950, pp. 519-526. Traitement de l'alcoolisme, notamment par l'antabus. *Deutsche Med. Woch.*, 1950, pp. 647-648. Le traitement de l'alcoolisme par l'antabus : principes et résultats provisoires.

JACOBSEN (E.) et LARSEN (V.) — *Acta pharmacol. et toxicol.*, 1949, pp. 285-291. Lieu de formation de l'acétaldéhyde après l'ingestion d'antabus et d'alcool.

JACOBSEN (E.) et MARTENSEN LARSEN (O.) — *The Journ. amer. med. ass.*, 1949, p. 918. Treatment of alcoliolism with antabuse.

JALENQUES (H.) — Soc. des sc. méd. de Clermont-Ferrand, 5 janv. 1951. Prévention de l'alcoolisme par le T.T.D.

JONES (R.-O.) — *The canad. med. ass. journ.*, 1949, pp. 609-612. Death following the ingestion of alcohol in a antabuse treated patient.

KATZ. — *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 52, pp. 22-35. Un essai concluant pour contrôler l'alcoolisme.

KINDWALL (J.-M.) — *Hospital progress*, 1950, pp. 303-305. Application and limitation of antabuse in the treatment of alcoholism.

KNUTSEN (B.) — *Tids. nor. Laeg.*, 1949, pp. 436-437. Complications dans le traitement par l'antabus.

LABOUCARIE (J.) — *Toulouse méd.*, 1950, p. 227. Thérapeutique nouvelle de l'alcoolisme chronique. *Toulouse méd.*, 1951, p. 21. Premier bilan thérapeutique du T.T.D. dans l'alcoolisme chronique (25 cas).

LARSEN (V.) — *Acta pharmacol.*, 1948, p. 321.

LAURITZEN (E.), RÅBY (K.) — *Nordisk Medicin*, 1949, pp. 1693-1694. Réactions circulatoires. 1694-1696. L'antabus peut-il avoir dans certains cas une action diabetogène ?

LECONTE (M.), SALTRON (P.) — *Arch. de méd. soc.*, 1950, pp. 293-310. Avantages du traitement par le T.T.D. en milieu psychiatrique fermé.

LECOQ (R.) — C.R. Acad. des sciences, 1949, pp. 852-854. Le rôle de l'acétaldéhyde dans les manifestations liées aux perturbations du métabolisme de l'alcool éthylique. C.R. 1951, p. 1917. L'acide pyruvique et le métabolisme de l'alcool éthylique. *Soc. de biol.*, 10 juill. 1948. L'agression alcoolique dans la production de l'hypertension artérielle (C.R. p. 891). Modification des perturbations humorales et des chronaxies nerveuses sous l'effet de la cure de désintoxication alcoolique (C.R. p. 893). S. du 14 avril 1951. Un produit intermédiaire du métabolisme perturbé de l'alcool éthylique, l'acide pyruvique (C.R. p. 517). Comparaison des effets de la thiamine et du couple nicotinamide adénine sur quelques produits intermédiaires du métabolisme de l'alcool éthylique (C.R. p. 519). S. du 10 nov. 1951. Action comparée de l'A.C.T.H. et de la cortisone avec quelques facteurs enzymatiques sur l'intoxication alc. expér. (C.

R. p. 1600). Variation des taux d'ac. pyr. et de l'acétald. dans le sang sous l'influence de l'agression alc. (C.R. p. 1603). S. du 9 févr. 1952 (acétaldéhyde, a. pyruvique et réserve alcaline). *Ann. de biol. clin.*, 1952, n° 1-2. Troubles métaboliques et perturbations sanguines décelées par l'analyse chez les alcooliques chroniques. *Acad. de pharm., ann. pharm. fr.*, 1950, p. 701. Possibilités de traitement des alcooliques chroniques. *Acad. nat. de méd. (bull. de l')*, 1950, p. 108. Thérapeutique de l'alcoolisme, 1951, p. 271. Etude pathogénique et l'alcoolisme. Thérapeutique des crises de délirium tremens et des polynévrites observées chez les alcooliques chroniques. *L'Encéphale*, 1951, pp. 403-426, idem. *Médecine et laboratoire*, mai 1952. L'alcoolisme chronique et les perturbations sanguines qui en résultent. 1950, 4, pp. 1 et 31. *Thérapie*, 1949, p. 157. La dualité du problème alcoolique et sa répercussion dans la cure de désintoxication des alcooliques chroniques, p. 177. L'acétaldéhyde et le métabolisme de l'alcool éthylique, 1952, p. 17. Atténuation partielle des effets toxiques du disulfitame, 1947, p. 249, 1950, p. 1693. *Gazette méd. de France*, 1945, p .247. Perturbations humorales, 1949, pp. 573-575. Alcoolisme chronique et désintoxication alcoolique, pp. 576-578. Diagnostic et pronostic, éléments importants de la cure de désintoxication alcoolique. *Sem. des Hôp.*, 26 oct. 1950, idem. *Schweiz. med. Woch.*, 1949, pp. 1552-1554. Le rôle de l'alcool glucosé hépatisé (curéthyl) dans le traitement de l'alcoolisme chronique.

Lecoq (R.) et Bruel (L.) — *Ac. des sciences* (C.R. 1949, pp. 1261-1263). Contribution à l'étude du mode d'action du T.T.D. et de l'apomorphine dans le traitement de l'alcoolisme chronique.

Lecoq (R.) et Fouquet (P.) — Soc. méd. psychol., 24 oct. 1949. Thérapeutique des alcooliques. *Thérapie*, 1949, p. 163. Comment instituer le traitement des alcooliques ? *G.M.F.*, 1949, pp. 580-582. Mise en évidence des troubles de la personnalité chez les alcooliques.

Lecoq (R.), Chauchard (P.) et Mazoué (H.) — Soc. de biol., s. du 10 déc. 1949. Les médications inhibitrices de l'intoxication alcoolique, s. du 14 avril 1951. L'alcool éthylique et les produits intermédiaires de son catabolisme en présence de quelques

facteurs de métabolisation (C.R. p. 521). S. du 10 nov. 1951. Rôle de l'hitamine et des antihistaminiques de synthèse dans la réaction T.T.D. alcool (C.R. p. 1606). *Thérapie*, 1949, p. 182. Recherches sur le mécanisme d'action de quelques substances préconisées dans le traitement de l'alcoolisme chronique. *Internationale Zeitschrift fur Vitaminforschung*, 1951, pp. 141-163. Vitamine, sécrétions endocrines et métabolisme de l'alcool. Déductions sur le rôle de ces substances dans l'intoxication et la désintoxication des alcooliques.

Legrain et Marie. — Les causes psychologiques de l'alcoolisme..

Lemere (F.) et Hollaren (P..-O.) — *Archives of neurology and psychiatry* (Chicago), avril 1950. Traitement de l'alcoolisme par le pentothal.

Lemere (F.), Voegtlin (W.-L.), Broz (W.-R.), Hollaren (P.-O.) — *Northwest Med*, 41, 8-89. Conditionned reflex treatment of chronic alcoholism, type of patient suitable for this treatment.

Letailleur (M.), Bures-Mäckensen (Mme I. de) et Durban (P.) — *A. M.P.*, janv. 1951. Troubles de la circulation cérébrale au cours du trait. de l'alcoolisme par le T.T.D.

Lewis (H.-M.), Bremers (H.-H.) — *The journ. of the amer. med. ass.* 1950, p. 114. Eruption durable déterminée par l'antabus.

Linker (J.-E.) — *Nursing World*, 1950, p. 459. Antabus therapy helps to « bring home » some of the country's 95.000 alcoholics. As mariners who are lost at sea.

Loiseleur (J.) et Levy (M.) — *Ann. inst. Pasteur*, 1947, p. 116.

Loiseleur (J.) et Sauvage (M.) — C.R. soc. de biol., 1948, p. 567. Sur la spécificité des anticorps de l'alcool éthylique.

Lorquin. — *A.M.P.*, 52, p. 318. Résultats de 2 ans de traitements antialcooliques.

Macaud (G.) — *G.M.F.*, 1949, p. 31. Intérêt du maxiton pour l'obtention de périodes de sobriété permettant une psychothérapie efficace.

MACE (W.-E.) — *West Virginia med. journ.*, 1951, pp. 343-347. Treatment of alcoholism with antabuse.

MACKLIN (E.-A.), SOKOLOW (M.), SIMON (A.), SCHOLSTAEDT (W.) — *The journ. of the amer. med. ass.* 11 août 1951. Treatment of alcoholism. Complications cardiovasculaires de traitement par l'antabus.

MANSON. — *Journ. of clin. psych.* (Vermont), 1949, pp. 1-108. Analyse psychométrique des caractères névrotiques et psychosomatiques des alcooliques.

MARKÉES (J.) — Com. au 1er Congr. intern. de méd. interne, Paris, 1950 (P.M. 50, pp. 3479-3482). L'acide pyruvique dans différentes acidoses et sa régulation.

MARTENSEN LARSEN (O.) — *The Lancet*, 1948, pp. 1004-1005. Treatment of alcoholism with a sensitising drug. *Ugeskr. laeg*, 1948, pp. 1207-1213. Nouvelles voies dans le traitement des alcooliques. *Bruxelles médical*, 1951, pp. 2285-2299. Trait. de l'alcoolisme.

MOORE (J.-N.-P.), DRURY (M.-O.) — *Lancet*, 1951, pp. 1059-1061. Antabus in the management of chronic alcoholism.

MOREL (F.) et SCHIFFERLI (P.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1949, pp. 161-162. Le trait. de l'alcoolisme par la méthode dite de Bruel et Lecoq.

MORSIER (G. de) — *Médecine et hygiène* (Genève), 1950, p. 425. Le trait. de l'alcoolisme chronique. *Schweiz. med. Woch.*, 1950, pp. 465-467. Thérapeutique biologique de l'alcoolisme par l'apomorphine, 150 cas.

MORSIER (G. de) et FELMANN (H.) — *A.M.P.*, 1949, p. 459. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1949, p. 417-439. *Deutsche med. Woch.*, 1951, pp. 22-24. Traitement de l'alcoolisme chronique par l'apomorphine.

MULLER (M.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1951, pp. 531-534. La place du trait. médicamenteux dans le cadre de la thérap. courante de l'alcoolisme chronique.

Perret et Becker. — *Toulouse méd.*, 1951, pp. 27-31. Accidents et incidents de la thérapeutique de désintoxication des alcooliques par le T.T.D.

Perrin (P.) — L'alcoolisme, problèmes médico-sociaux, problèmes économiques (analyse de l'ouvrage par R. Charpentier dans les *A.M.P.*, 1950, p. 512). Exp. scient. fr. édit, Paris, Une croisade médicale contre l'alcoolisme, L. Arnette, éd. Paris. *G.M.F.*, 1949, pp. 567-573. Pourquoi devient-on alcoolique ? Et. antialc., 1950, p. 54,

Petit (G.) et Archer (R.) — Concours méd., 1951, pp. 1181-82. Ce que le médecin praticien peut espérer du trait. de l'intox. alc. par l'antabus.

Picard et Liabot. — *Revue de méd. navale*, 951, n° 1, p. 29. Cures de désintoxication des alcooliques dans un hôpital maritime 49e Congrès des médecins psychiatres et neurol. de France (Rennes, 16-23 juillet 1951). Une série de cures de désintoxication d'alcooliques par le T.T.D.

Pontier-Huc (J.) — La réhabilitation professionnelle des alcooliques traités au T.T.D. Thèse Toulouse, 1951.

Porot et Duboucher (G.) — Soc. méd. des Hôp. d'Alger. 8 déc. 1951. La guérison des alcooliques par l'antabus. Réactions cardio-vasculaires au cours du conflit antabus-alcool.

Pottier (C.), Bures (I. de) et Couedic (H. du) — *A.M.P.*, nov. 1950. Anxiété et confusion mentale au cours d'une cure par le T.T.D.

Ostenfeld (J.) — *Nordisk Mèdecin.* Stockholm, 1950, pp. 1036-1040. Accès de manie après traitement par l'antabus.

Oulès (Y.) et Allaix (Mme D.) — *A.M.P.* janv. 1951, Place de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme par le T.T.D.

Owe-Larsen (A.) et Skog (E.) — *Acta pharm. et tox.* Copenhague (1951), pp. 220-226. L'action du tétraéthyl thuirame disulfite (disulfiram) sur la toxicité des aldéhydes aliphatiques inférieurs.

RABY (K.) — *Acta pharm. et tox. Copenhague*, 1952, pp. 85-100. La concentration du potassium dans le sang au cours de la réaction antabus-alcool.

REIFENSTEIN (E.-C.) et DAVIDOFF (E.) — *Journ. am. med. ass.*, 1948, pp. 1811 (utilisation du phényl amino propane)

REQUET (A.) — P.M., 1950, pp. 320-322. Situation du buveur et son traitement. Ibid. 1951, p. 1516. Aspect actuel de la cure de l'alcoolisme psychiatrique masculin dans la région lyonnaise.

REQUET (A.) et REVOL (L.) — *P.M.*, 1949, pp. 666-667. Une nouvelle cure de l'alcoolisme.

REVILLOD (H.) — *Praxis*, 1949, pp. 656-659. Méthodes actuelles du trait. de l'alc.

ROUMAJON. — Réunions médicales et chirurgicales de Saïgon-Cholon, 8 juin 1951. Les notions actuelles sur l'alcoolisme.

RUJU (J.) et MURINEDDU (A.) — *Rassegna di studia psichiatrici* (Siena), 1951, pp. 649-653. Il tetraetiltiuramdisulfuro nell'alcoolismo acuto e cronico, nota clinica.

SALTRON (P.-C.) — 12 cas d'alcoolisme chronique traités par l'antabus à l'hôpital psychiatrique de Bassens (Haute-Savoie). Thèse Paris 1951.

SAND (R.) — *Arch. belges de méd. soc. hyg. méd. du travail et méd. leg.* Brux. 1950, pp. 32-56. L'intoxication alcoolique au point de vue psychique. L'histoire de l'assistance.

SCHNYDER (P.) et GERMAIN (G.) — *G.M.F.* 1949, p. 581. Trait. de l'alcoolisme chronique par le curéthyl.

SEVERY (J.-E.) — *Belgisch tijdschrift voor Geneeskunde*, 1951, pp. 155-157. De bestrijding van het alcoholisme met antabuse.

SIMONELLI (G.) — *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1951, pp. 255-256. Esperimenti terapeutici col tetraetiltiouramdisolfuro negli alcoolisti.

SOLMS (H.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1951 (14 avril). Synopsis des accidents et des remèdes consécutifs lors du trait. de l'alc.

chron. par l'antabus. *Munchener medirguiche Woch.*, 52, pp. 559-564, 609-613. Du traitement de l'alcoolisme.

Speijer (N.), Rhijn (C.-H.) — *Ned. tijd. voor Gen.*, 1950, pp. 2258-2262. Van hehandeling van alcoholisme met refusal.

Staehlin (J.-E.), Sohlms (H.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1951, pp. 295-301. L'antabus dans l'alc. chron. (50 cas) : dangers, contre-indications, formes du trait, résultats.

Steck (H.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1951, pp. 535-537. L'hypnose comme méthode psychothérapeutique pouvant compléter la cure médicamenteuse.

Stecker (E.-A.) — *Journ. of the am. med. ass.*, 1951, pp. 813-815. Psychothérapie des alcooliques.

Strel'Chuk (I.-V.) — *Nevropatolopa i psikhiapa*, Moskva, 1951, pp. 80-83. Lechenie alkogolikov antabusom (predvaritel'noe soobschchenie).

Taverdy (Ph.) — *P.M.*, 1951, pp. 1703-1704. Trait. de l'alcoolisme par le T.T.D, Son aspect médico-social.

Thernet (J.-P.) — Contribution à l'étude de l'alcoolisme : bases endocriniennes et trait. hormonal. Thèse Paris, 1951.

Thevenon et Durand. — Soc. méd. d'Oranie, 18 mars 1950. A propos du trait. de l'alc. par l'antabuse : anurie (1 cas, en cure libre).

Thiebaux-Vernet et Renard. — Soc. de méd. d eNancy, 13 juin 1951. Résultats obtenus dans le trait. de l'alcoolisme par le curéthyl et l'antabus.

Thimann (J.) — *New Engl. Journ. med.*, 1949, pp. 360-370. Trait. de l'alcool par conditionnement d'un réflexe : ses bases et sa technique. Ibid., 1949, pp. 406-410. Trait. par réflexes provoqués de l'alcool : les risques de son emploi, ses ind. et contre-indications et le côté psychothérapique. Ibid., 1951, pp. 939-941. Révision des thérapies par nouvelles substances dans l'alc. chronique.

THUILLIER (J.-E.) — Essai pathogénique et thérapeutique sur l'alcoolisme. Recherches sur les bisulfites de thiuram. Thèse Paris, 1950. *Soc. de thérap. et de pharmacodyn.* 15 nov. 50. *Therapie*, 1951, pp. 1-7. Etude de 200 cas d'alc. chron. traités par l'antabus. Déductions thérapeutiques.

VAN LOOY. — *Le scalpel* (Brux.), 1951, pp. 1410-1411. L'alcoolisme dans le monde.

VOEGTLIN (W.-L.) — *Am. journ. med. sc.*, 1940, p. 802.

VOEGTLIN (W.-L.), LEMERE (F.), BROZ. (W.-R.) et O. HOLLAREN (P.) — *Quart. journ. stud. Alcohol*, 1941, pp. 505-511. Conditionned reflex therapy of chronic alcoholism : preliminary report on value of reinforcement. *Am. Journ. med. sc.*, 1942, pp. 525-528. Conditionned reflex theropy of alcoholic addiction; follow up report of 1042 cases.

WILLIAMS (E.-Y.) — *Psychiatric Quarterly*, 1950, pp. 782-787. The anxiety syndrome in alcoholism.

WOLFF (K.) — *Schweiz. med. Woch.*, 1950, pp. 1149-1152. Influences secondaires préjudiciables au trait. des alcooliques par l'antabus.

WYSS (R.) — *G.M.F.*, 1949, p. 583. Nouvelles méthodes de trait med. de l'alcoolisme (curéthyl)

Revues diverses :

Statistique — C.R. de la société de médecine légale de France. Archives de médecine sociale.

Question s'intérêt général concernant l'alcoolisme : études antialcooliques, Quaterly Journal of studies on alcohol. Les assises de Médecine, n° de mai 1952.

TABLE DES MATIERES

Introduction 11

Préliminaires 17

- Première Partie -

Les traitements de l'éthylisme chronique 37

- Deuxième Partie -

Applications pratiques et résultats obtenus dans la marine... 54

Les Observations 71

Conclusions 83

Bibliographie 87

ERRATUM

Page 81 : A la place de « Total sur 62 cas analysés », il convient de lire « Total sur 72 cas analysés ».